This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

VIERZEHNTER BAND.

1892.

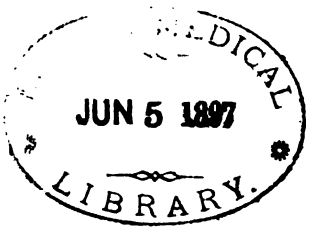
JANUAR BIS JUNI.

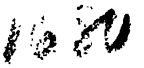
MIT DREIZEHN TAFELN.

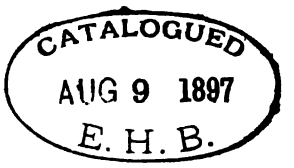
HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1892.







Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Drei Favusarten, von P. G. Unna 1
Ein Fall von Akne varioliformis, von Leven 17
Die Anatomie der Variola- und Vaccinepustel, von Th. Buri 20. 49
Über Psorospermien und Hautkrankheiten, von J. Hutchinson jr. 63
Erythema keratodes der Handteller und Fufssohlen, von H. G. Brooke 89
Ein Fall von Angiokeratom, von H. Radcliffe Crocker 96
Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis, von Schwengers 97
Hydradenitis destruens suppurativa, von S. Pollitzer 129
Behandlung von Skrophulodermie und Lupus, von H. G. Brooke 145
Über die kapillären Lymphangiome der Haut und über die Beziehungen des Lymphangioma capillare varicosum zum Angiokeratoma (Haemangioma capillare varicosum keratoides), von Ludwig Török 169
Fall von Hutchinsons Eruptio aestivalis bullosa, von T. Broes van Doort. 185
Beiträge zur Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel und Ligamentum nuchae, von Julius Heller 217
Dermatitis tuberosa, eine durch die Darreichung von Jodkalium verursachte Hautkrankheit, von N. Walker 263
Flora dermatologica IX, von F. Frank und P. G. Unna 303
Die Reaktion des Schweifses beim gesunden Menschen, von Ernst Heufs 343. 400. 501
Bakteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyols betreffend, von Latteux 389
Kurze Mitteilung über bequeme Tinktionen fixierter Präparate, von Jos. Schütz 397
Zur Anatomie und Pathogenie des Lichen scrophulosorum, von A. Sack 437
Der Streptobacillus des weichen Schankers, von P. G. Unna 485
Cutis laxa, von A. W. Williams 490

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin, Sitzung vom 3. November 1891 34
—, Sitzung vom 1. Dezember 1891 102
—, „ „ 5. Januar 1892 190
—, „ „ 2. Februar 1892 277
—, „ „ 1. März 1892 521

Seite
Franz. Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, Sitzung vom 12. Nov. 1891 38
—, Sitzung vom 23. Juli 1891 ... 75
—, „ „ 12. November 1891 ... 311
—, „ „ 14. Januar 1892 ... 415
—, „ „ 28. Januar 1892 ... 458
—, „ „ 11. Februar 1892 ... 460
—, 3. jährliche Zusammenkunft ... 461. 526
Ungarischer Arzteverein zu Budapest, Sitzung vom 31. Oktober 1891 ... 72
—, Sitzung vom 7. November 1891 ... 73
—, „ „ 14. November 1891 ... 73
—, „ „ 20. Februar 1892 ... 414
—, „ „ 5. März 1892 ... 415
Moskauer dermatologische und venerologische Gesellschaft, Sitzung vom 1. Novbr. 1891 74
—, Sitzung vom 29. November 1891 ... 453
Hamburger ärztlicher Verein ... 237. 281. 359. 413. 465
63. Naturforscherversammlung zu Bremen ... 238
XX. Kongrefs der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ... 238. 282
Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins ... 311
II. Internationaler dermatologischer Kongrefs. Organisation ... 87
XI. Kongrefs für innere Medizin in Leipzig. Programm ... 127
Wiener dermatologische Gesellschaft ... 410

Besprechungen.

Lepra auf Madeira, von J. Goldschmidt ... 82
Notizen über die Syphilisbehandlung in Deutschland und Östereich, von P. Raymond ... 82
Typen von Haut- und Geschlechtskrankheiten, von E. Graetzer ... 83
Bad Hall in Oberösterreich, von J. Rabl ... 83
Repetitorium der Chemie, von C. Arnold ... 84
Vorlesungen über Pharmakologie, von C. Binz ... 84
Atlas der Kystoskopie, von Emil Burckhardt ... 124
Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von E. Finger ... 124
Moderne Behandlung der Hautkrankheiten II. Teil, von H. von Hebra ... 124
Behandlung der Syphilis, von A. Elsenberg ... 125
Gefahren der Geschlechtskrankheiten, Wesen, Behandlung und Schutz vor denselben, von Neuhaus ... 125
Exstirpation der syphilitischen Initialläsion, von E. Ehlers ... 125
Illustrationen zu einigen Fällen aus Dr. Gardens dermatologischer Klinik ... 126
Reisen zu den Leprakranken, von Zambaco ... 126
Elektrolyse und Katalyse, von Gräupner ... 126
Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik, von M. Schulz ... 127
Vier Fälle Darierscher Krankheit, von C. Boeck ... 161
Verhalten des Pigmentes in der Oberhaut des Menschen, von J. Halpern ... 162
Endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes, von Victor Janovsky ... 163
Über die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose (nebst Bemerkungen über Pigmentverschleppungen aus der Haut), von J. Jadassohn ... 164. 207. 365
Die Hauttransplantation nach Thiersch, von N. Jungengel ... 166
Untersuchungen über die venerischen Krankheiten in Paris in ihren Verhältnissen zur geheimen und zur beaufsichtigten Prostitution, von O. Commenge ... 166
Vestre Hospital 1890, von R. Bergh ... 167
Bericht der dermato-syphilitischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen 1889/1890, von Haslund ... 167
Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Rudolf-Stiftung 1890, von Mračeck ... 167

Seite

Französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuches der Hautkrankheiten mit Anmerkungen und Zusätzen versehen, von E. Besnier und A. Doyon 193. 313. 417. 529
Über Lichen ruber acuminatus, planus und Pityriasis pilaris, von J. Neumann 203
Fall von Naevus verrucosus unius lateris, von Julius Müller 203
Über multiple Dermatomyome, von W. Lukasiewicz..... 204
Über die Veränderungen des Blutes unter dem Einflusse von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten, von W. Bieganski 205
Giebt es eine Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen? von Ed. Welander 206
Klinische Sammlung für Dermatologie und Syphilidologie IV. Teil, von Manssuroff 239
Die Haut in physiologischer, diätetischer, prophylaktischer, therapeutischer Beziehung, von Kühner..... 282
Annalen aus dem Institut für Pathologie und Bakteriologie in Bukarest, von Babes 282
Kurze Anleitung zur Verwendung der Wickersheimerschen Flüssigkeit für anatomische Präparate, von Wickersheimer 322
Summarische Übersicht der im Jahre 1890 an der dermo-syphilopathischen Klinik in Pisa zur Beobachtung gelangten Fälle, von del Chiappa 322
Zur Kenntnis von der Entwickelung und Wanderung des Pigments bei den Amphibien, von Ehrmann 361
Über die Bildung des Pigmentes in den Oberhautzellen, von Jarisch..... 362
Operationstisch und Untersuchungsstuhl für dermatologische und urologische Zwecke, von D. von Sehlen 363
Zur Kasuistik des atypischen Herpes zoster, von H. Staub 363
Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut, von Fr. Hammer..... 366
Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, von L. Brocq 423
A practical treatise on diseases of the skin, von Henry Piffard 424
Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulocidin, von E. Klebs..... 424
Was ist Ekzem? von E. Kromayer..... 467
Die Krankheiten der Harnblase, von R. Ultzmann 468
Die Vererbung der Syphilis von A. Fournier, bearbeitet von Ernst Finger. 535
Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte von Hammond, übersetzt von Salinger 539
Die Krankheiten des Hundes und ihre Behandlung, von Georg Müller..... 540

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Mitose an eosinophilen Zellen, von H. F. Müller..... 39
Zur Kenntnis der Pigmentzellen, von Solger 40
Untersuchungen über die biologische Bedeutung der von Arnold beschriebenen Kernformen in den Zellen der Milz und ihr Verhältnis zur mitotischen und amitotischen Teilung, von F. Reinke 242
Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern der Haut, von Martin B. Schmidt 243
Die Protoplasmafaserung der Epithelzellen, von E. Kromayer..... 323
Über die Hautfarbe des Menschen und der Säugetiere, von Schwalbe 369
Nachlese zu Erdls und Waldeyers Untersuchungen über die Haare, von H. Reeker 469
Zellteilung in der menschlichen Epidermis, von D. Hansemann..... 469

b. Physiologisches.

Zur Lehre von der Hautresorption, von R. Winternitz..... 40. 425
Über Hautresorption, von Sobieranski 208

Seite
Versuche über die Durchlässigkeit der Haut, von M. Traube-Mengarini..... 208
Beitrag zur Kenntnis des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen, von R. Garcia..... 242
Experimente über Resorption ohne Osmose, von E. W. Reid..... 323
Untersuchungen über die Hautabsorption von Medikamenten, welche in fettigen Vehikeln suspendiert sind, von Guinard..... 324
Keratohyalin und Eleidin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprozefs, von Ulrich Grosse..... 367
Über das Wachstum der Haut und Haare des Menschen, von M. Schein..... 368
Verteilung der normalen Fettabsonderung auf die Haut, von X. Arnozan..... 426

c. Mikroskopische Technik.

Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri, von A. Dührssen..... 209
Über eine neue Karbolmethylenblau-Methode, von Fritz Pregl..... 209

d. Bakteriologie.

Über Wandlungen in den pathologischen Anschauungen seit dem Erscheinen der Bakteriologie, von P. Baumgarten..... 77
Zur Kenntnis der Bakterien des Unternagelraumes und zur Desinfektion der Hände, von J. Preindelsberger..... 77
Über die pflanzlichen, nicht mikrobischen Parasiten, welche vom Tiere auf den Menschen und vice versa übertragbar sind, von R. Blanchard..... 104
Zur Untersuchungstechnik der Hyphomyceten, von P. G. Unna..... 243
Einfacher Nachweis von Tuberkelbazillen durch Färbung nebst einer Angabe zur Färbung von Bakterien in fettreichen Substraten, von C. Arens..... 244

e. Hygiene.

Über Syphilis und Prostitution, von Werther..... 40
Wie ist die Prostitutionsfrage aufzufassen, und wie hat sich der Arzt zu derselben zu stellen? von Carl Löwe..... 105
Zur Abwehr der Prostitution und ihrer Folgen, von J. Edm. Güntz..... 105
Beibehaltung des Crispischen Reglements von 1888 über die Prostitution, von Pellizzari..... 244
Die Prostitution in Belgien, von Dr. Fiaux..... 370
Die Prostitution in Paris, von O. Lassar..... 370

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Koagulationsnekrose oder Nekrose mit Inspissation? von C. Weigert..... 41
Über das Tumenol und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten, von A. Neisser 41
Über Thilanin (braunes geschwefeltes Lanolin), von E. Saalfeld..... 42
Über Aristol, von Hans Heckel..... 77
Europhen bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, von Szoldrski..... 77
Über die Mikroorganismen der Eiterung, ihre Spezifizität, Virulenz, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung, von E. Levy..... 78
Über abnorme Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe, von J. Steinhaus..... 78
Karyokinese und Cellularpathologie, von D. Hansemann..... 78
Zur Kenntnis des Dermatols. Bakteriologisches und Therapeutisches, von A. Bluhm 107
Das Dermatol in der Praxis, von Weismüller..... 107
Subkutane Injektionen mit den löslichen Produkten des Staphylococcus flavus und ihre Einwirkung auf das Unterhautzellgewebe, von Jwanoff..... 108
Farbenreaktionen der hyalinen Degeneration, von Kamocki..... 156
Histiogenese der kolloiden, amyloiden und hyalinen Degeneration, von Obrzut. 156
Die Wachspaste, von C. L. Schleich..... 156
Über Ichthyol, von Croustoun Charles..... 156

Seite

Ein Stückchen persönlicher Erfahrung über den Wert des Arseniks, von L. D. Bulkley ... 156
Das Epilieren und dessen Wirkungsgebiet in dermato-therapeutischer Beziehung, von J. Zeisler ... 157
Über eine neue Methode der Hauttransplantation, von P. A. Morrow ... 209
Aufserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des Juckreizes, von Richard Klein ... 210
Über die labialen Eiweifsstoffe, von M. Nencki ... 210
Dermatol, ein Ersatzmittel des Jodoforms, von Powers ... 244
Bedingungen, welche der Wundinfektion zu Grunde liegen, von H. W. Welch. 244
Betrachtungen über chirurgische Antisepsis, von H. W. Welch ... 244
Rezeptformeln ... 245. 285. 428
Wundbehandlung mit Dermatol, von von Rogner ... 246
Über die Resultate von Injektionen mit Kochscher Lymphe, von Umb. Mantegazza ... 284
Beiträge zur Kasuistik der Transplantationen, von F. X. Held ... 284
Über gesunde und kranke Cilien, von C. Gundelach ... 284
Über die antiseptische Wirkung des Euphorine, von Oliva ... 324
Gallacetophenon, ein neues dermato-therapeutisches Medikament, von H. Goldenberg ... 324
Über die Behandlung mit Dermatol, von Eugen Doernberger ... 324
Das Thiophen und seine therapeutische Anwendung, von E. Spiegler ... 325
Über chirurgische Anwendung des Thiophenjodid, von Aug. Hock ... 325
Immunität gegen das Virus der Eiterkokken, von G. Reichel ... 371
Fall von Eiterung, hervorgerufen durch den Bacillus coli communis, von G. Muscatello ... 371
Über das Verhalten der Gefäfswand bei der Auswanderung der weifsen Blutkörperchen, von Thoma ... 371
Die keimtötende, die globulicide und die antitoxische Wirkung des Blutserums, von H. Buchner ... 371
Über die Einwirkung von Tuberkulin und anderen Bakterienextrakten auf den Lymphstrom, von Gärtner und Römer ... 372
Innere Antisepsis, von Vapelius ... 372
Bedeutung der Antisepsis im Munde, von Hugo Dellevie ... 373
Verwendung des Pilokarpins in der Dermatologie, von R. M. Simon ... 373
Wert des Arseniks als Heilmittel, von J. Hutchinson jr. ... 373
Über Dermatol, von Stierlein ... 426
Über das Kalium-Dithiokarbonat in der dermatologischen Therapie, von P. Tommasoli und Vicini ... 427
Psoriasis, Akne rosacea. Epithelioma. Tinea favosa. Sykosis. Hyperidrosis, von L. A. Duhring ... 427
Behandlung der Kopfhautwunden ohne Naht, von Delassus ... 428
Über Vererbung von Infektionskrankheiten, von Max Wolff ... 470
Über Immunität durch Vererbung und Säugung, von P. Ehrlich ... 472
Über Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Diphtherie, von Behring und Wernicke — von Tetanus von Behring ... 474
Die Forschungsmethoden in der Immunitätsfrage, von H. Buchner ... 474
Beiträge zur vergleichenden Pathologie der Entzündung, von Metschnikoff ... 540
Kern- und Zellteilung während der Entzündung und Regeneration, von C. J. Eberth ... 540
Über das Vorkommen von Pflasterepithel in Cylinderepithel tragenden Schleimhäuten, von Max Derbe ... 541
Klinisch-hämatologische Mitteilungen, von E. Neusser ... 541
Über das Epidermin als Vehikel zur Aufnahme verschiedener Medikamente, von S. Kohn ... 542
Betrachtungen über das Europhen, von H. W. Gilbert ... 542
Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von E. Schiff ... 543
Über Tättowierung und deren Anwendung zur Deckung mangelhafter oder fehlender Hautpigmentation, von H. Paschkis ... 543
Über die physiologische Behandlung einiger Hautkrankheiten, von Mariano Semmola ... 543

g. Pharmakologisches.

Seite
Das Gallacetophenon als Ersatz des Pyrogallols, von L. von Rekowski 79
Löslicher Schwefel, von H. T. Pentermann 106
Ichthyol, von T. C. Charles 106
Wirkung des Tuberkulins auf das Blut, von C. J. Bond 106
Borglycerinlanolin, von Graf & Co. 107
Chloroformium medicinale Pictet, von R. du Bois-Reymond 211
Über Salophen, von Goldmann 211
„ „ „ P. Guttmann 211
Unguentum citrinum, von Faris 246
Der Jodoformschwamm in der Kinderpraxis, von C. Mettenheimer 373
Pasta cerata, von R. Tittelbach 374
Fall von akuter Intoxikation durch Pilokarpin und Pyrogallussäure, von Maillart und Audeoud 374
Eine neue konzentrierte Myrrhenlösung, von A. Flügge 475
Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform, von Zippel 475
Liquor carbonis detergens 475

Verschiedenes.

Silberfarbiges Haar, von B. Ornstein 48
Lokale Anästhesie durch flüssige Kohlensäure 84
Erwiderung an Dr. Ziemssen-Wiesbaden, von C. Berliner 85
Dermatologische Beobachtungen, von G. T. Jackson 86
Der Lufa (Loofah), eine aseptische Bürste, von J. B. Roberts 86
Weitere Verbesserungen in der Verwendung des Edison-Stromes im Sprechzimmer, von H. G. Piffard 87
Moderne Dermatologie, von W. D. James 87
Taschenkalender für Ärzte, von Lorenz 127
Monatseinlagen zum ärztlichen Taschenbuch, von Drechsler 127
Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe 128. 484
Das Pental in der chirurgischen Praxis, von V. von Rogner 168
Das Lokalisieren von Medikamenten in der Umgebung der sensiblen Hautnerven, von J. L. Corning 168
Einige Anhaltspunkte bei der Diagnose von Hautkrankheiten, von A. H. Ohmann-Dumesnil 168
100 verschiedene „Du sollst nicht“ bei der Syphilis, von A. H. Ohmann-Dumesnil 216
Über den Wert des Mikroskops bei der Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten, von A. H. Ohmann-Dumesnil 216
Vorschlag zu einer neuen Einteilung der Hautkrankheiten, von P. Tommasoli 262
Einige der gewöhnlichsten Irrtümer bei der Diagnose von Hautkrankheiten, von J. Zeisler 387
Ein einfaches hydroelektrisches (monopolares) Bad, von Appenzeller 388
Über Photographie innerer Körperhöhlen, insbesondere der Harnblase und des Magens, von Kuttner 388
Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen in der Mundhöhle, von Guiseppe Sanarelli 483
Nachhaltende Form der Kokainvergiftung, von Hallopeau 550
Das Geheimnis des Fakirs 551
Diskussion über Anwendung und Gefahren des Kokains bei lokaler Anästhesie .. 552
Königl. Klinik für Hautkrankheiten zu Breslau 552

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

I. Anämien.

Seite

Symmetrische Gangrän und Syphilis, von A. Elsenberg 285
3 Fälle von Gangrän bei Kindern, von Graucher 285

II. Cyanosen.

(Vacat.)

III. Ödeme.

Pseudo-Urticaria dermographica, von E. Chatelain 79
Zur Ätiologie des akuten angioneurotischen oder umschriebenen Hautödems, von H. Bauke 286
Fall von Urticaria factitia, von K. Alt 374

IV. Erythantheme.

Hautausschläge nach Chininum sulfuricum, von E. A. Welch 79
Fall von universellem Erythema multiforme, von L. A. Duhring 109
Einige Bemerkungen über die Prozessionsraupen und die Ätiologie der Urticaria endemica, von Laudon 247
Urticaria bullosa, von Pollitzer 286
Über eine neue Art von Trophoneurose, von Hallopeau und Larat 374

V. Blutungen.

Fall von Purpura haemorrhagica, von J. D. Windle 109
Blutstillende Wirkung des Terpentins, von Chapman 246
Hämophilie bei einem 2jährigen Kinde, von R. Demme 286
Fall von hämorrhagischem Exanthem nach Jodsalzen, von Höning 326

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

Traumatische Ablösung der Oberschenkelhaut mit nachfolgendem Lymphergufs, von Solomka 109
Fissuren der Brustwarzen, von Vinay 247
Ichthyol bei wunden Brustwarzen, von A. Öhren 325

b. Durch Temperatureinwirkung.

Antiseptische Behandlung von Verbrennungen, von A. E. Maylard 157
Europhen bei Verbrennungen, von Siebel 326
Zur Therapie der Verbrennungen, von R. Demme 428
Zur Behandlung exulzerierter Frostbeulen, von L. Brocq 428

c. Durch chemische Einwirkung.

α. Durch äufsere.

Dermatitis nach dem Gebrauche von Resorzin, von A. Ravogli 157
Über partielle Gangrän des Fufses nach subkutanen Antipyrininjektionen, von Verneuil 246

Seite
Ikterus bei Karbolverband, von Landau ... 247
Beobachtungen von Simulation von erysipel- und scharlachähnlichem Exanthem, von Boucherau und Vigenaud ... 247
Beitrag zum Kapitel der Jodoformdermatitis, von Ludwig Hahn ... 326

β. Durch innere.

Fall von wahrscheinlich durch Arsenik bedingter Keratose der Handteller und Fufssohlen, von J. G. Pringle ... 109
Fall von Bromausschlag und über ringförmige, knotenförmige Syphilide, von R. W. Taylor ... 157
Arzneiausschläge, von Caspary ... 327

II. Neurotische.

a. Lokale.

Über Lichenifikation der Haut, von L. Brocq ... 286
Über Herpes zoster bei Diabetes, von P. Vergely ... 287

b. Universelle.

Fall von Pemphigus traumaticus, von L. Phillips ... 42
2 Fälle von Herpes Iris, von Selenew ... 43

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Vaccinations- und Revaccinationsergebnisse, von E. Peiper ... 110
Über die Pest, von Proust ... 110
Bedeutung von Mikrobien bei der Atiologie der Scarlatina, von J. F. Barbour 110
Gegenwärtiger Stand der animalen Vaccination, von L. Fürst ... 212
Scharlach im Anschlufs an Hautläsionen, von S. T. Sörensen ... 212
Fall von zufälliger Kuhpockenimpfung, von E. M. Sympson ... 212
Ursprung, Komplikation und Behandlung des Scharlachs, von Thomas ... 213
Verbreitung von Pocken, Masern und Scharlach in der Schweiz während der 10 Jahre 1878—1887, von Mina Feinberg ... 213
Weiterer Fall von Vaccineblepharitis, von Schapringer ... 247
Einige Fälle von nacheinander erfolgter Masern- und Scharlacherkrankung, von Northrup ... 247
Fall von schwerem Scharlach, von H. Moreau ... 248
Nervöse Störungen nach Scharlach, von Thomas ... 327
Scarlatina sine exanthemate, von R. W. Lee ... 327
Ichthyol bei Variola ... 327
Ein neues Vaccinationsverfahren, von R. Fischhoff ... 327
Varicellenrezidiv, von Neale ... 327
Komplikationen der Varicellen, Varicellae gangraenosae, von R. Demme ... 429
Beitrag zum Studium der Variola haemorrhagica, von Spehl ... 429
Übertragung der Variola durch die Luft, von Collin-Gridge ... 429

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Lepra, von Robert Coltmann jr. ... 44
Lepra und Leprakranke, von Ohmann-Dumesnil ... 44
Lepra in Minnesota, von Christian Gronoold ... 44
Lepra in Indien, von P. Thwing ... 44

Seite

Die Leprafrage, von Ohmann-Dumesnil ... 80
Lepra in Japan, Zwischenwirtthätigkeit bei deren Fortpflanzung, von A. S. Ashmead ... 80
Die Leprapanik, von Ohmann-Dumesnil ... 81
Bericht über Lepra und das Leprahospital auf Trinidad vom Jahre 1889, von B. Rake ... 111
Fall von Lepra, von Strelzoff ... 121
Entzündung der Nerven bei Lepra anaesthetica, von Marestang und Combemale ... 213
Beziehungen zwischen Hautflecken und der Nervenerkrankung bei der Lepra anaesthetica, von Gerlach ... 213
Bemerkungen über Lepra mutilans in Südamerika, von E. H. Hicks ... 214
Lepra in Norwegen, von Armauer Hansen ... 287
Lepra auf Kreta, von A. Biliotti ... 288
Lepra am Kap der guten Hoffnung, von Simons ... 289
Ist Lepra kontagiös? von J. F. Dixon ... 290
Lepra in Neu Braunschweig, von J. C. Taché ... 328
Lepra und die Tuberkulinwirkung, von P. S. Abraham ... 375
Voyages chez les lepreux, von Zambaco ... 430
Lepra auf Neukaledonien, von M. A. Legrand ... 431
Lepra, von A. Laurent ... 543
Die Ätiologie der Lepra, von Armauer Hansen ... 544
Die Kontagiosität der Lepra, von A. von Bergmann ... 544
Bericht über Tuberkulinbehandlung Lepröser im Stadtkrankenhause zu Fellin, von A. Schwarz ... 545

β. *Tuberkulose.*

Robert Kochs Tuberkulosen-Behandlung, von Aufrecht ... 111
Lupus, von H. G. Piffard ... 111
Behandlung des Lupus nach Koch, von Haslund ... 112
Lupus mit Kochs Tuberkulin behandelt, von Haslund ... 112
Über Rückbildungsvorgänge an tuberkulösen Riesenzellen, von Goldmann ... 214
Fall von Lupus der Nase und Schleimhäute nach 5wöchentlicher Behandlung mit Kochschem Tuberkulin, von H. Krause ... 214
Lupus der Brust, Schulter, beider Backen, des Halses und des linken Armes, von Sonnenburg ... 215
Behandlung des Lupus nach der Kochschen Methode, von A. Elsenberg ... 248
Kombination von Tuberkulose mit Krebs im Anschlusse an einen Fall von primärem Prostatakrebs, von A. Berger ... 248
Fall von primärem Lupus des Pharynx, von J. Wright ... 331
Behandlung der Larynxtuberkulose mit Milchsäure, von C. R. Weed ... 331
Behandlung des Lupus der Haut, von W. Kramer ... 331
Leberthran gegen Lupus, von Zilgien ... 331
Über eine neue Behandlungsmethode der Adenitiden, von Suchard ... 378
Über Lupus der Wange, von X. Arnozan ... 379
Der gegenwärtige Stand der Tuberkulosentherapie, von Ludwig Wick ... 545
Neue experimentell-pathologische Arbeiten über Tuberkulinwirkung, von P. Baumgarten ... 545
2 Fälle von Lupus vulgaris disseminatus im Anschlusse an akute Exantheme, von L. Philippson ... 546
Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung von skrophulo-tuberkulösen Produkten, sowie namentlich von Lupus vulgaris, von H. Leloir ... 546
Klinische histologische und experimentelle Untersuchungen über Mischformen von Syphilis und Skrophulo-Tuberkulose der Haut, von H. Leloir ... 546

γ. *Syphilis.*

Angeerbte Syphilis des Larynx, von S. G. Dabney ... 45
Spätformen der kongenitalen Syphilis, von R. B. Morison ... 45
Syphilis in Amerika vor Columbus Zeit, von A. S. Ashmead ... 45
Über die lokale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affektionen der Mundhöhle, von E. Feibes ... 45

Seite

Beitrag zum Studium der syphilitischen Paraplegien, von P. Boulloche..... 81
Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum formamidatum solutum, von R. B. Morison..... 81
Syphilitische Spondylitis bei Kindern, von John Ridlon..... 82
Intraurethraler Schanker, von Krefting..... 112
Hereditär-syphilitische Taubheit, von H. Mygind..... 112
Syphilis des äufseren Ohres, von Ad. Rupp..... 112
Arsenik bei Syphilis, von H. Smith..... 113
Syphilitische Periostitis des harten Gaumens, von Abutkoff..... 113
Zur Frage über die extragenitale Infektion mit Syphilis beim Rasieren, von Nikolsky..... 113
Über die Wirkung des Quecksilbers bei der Syphilis, von Celso Pellizzari... 215
Syphilis der Trachea nebst Bericht von 2 Fällen, von J. Wright..... 215
Über die durch Gummata syphilitica am Orte ihres Sitzes verursachten Störungen, von E. Ozenne..... 216
Fall von Syphilis maligna praecox, von A. Brousse..... 216
Zur Geschichte der Syphilis; Syphilisation und syphilitische Impfung, von Dubois-Havenith..... 248
Von den Ursachen des Irrtums bei der Diagnose der Syphilis, von F. Buret... 249
Frühzeitiger Morbus Brightii nach Syphilis, von Lacorché und Talamon..... 250
Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie, von James Israel..... 250
Syphilis und deren Beziehung zur Heilung chirurgischer Läsionen, von G. F. Lydston..... 251
Symmetrische Gangrän und Syphilis, von A. Elsenberg..... 285
Über den Nutzen des Aristols zur Behandlung venerischer Geschwüre, von Ed. Güntz..... 292
Fall von latenter Syphilis mit folgendem Diabetes insipidus im kindlichen Alter, von Schubert..... 292
Gummata des Biceps brachialis, der Niere und Epididymis mit Vortäuschung maligner Tumoren, von G. N. Kreider..... 292
Zur Behandlung syphilitischer Affektionen der Rachen- und Nasenhöhle, von Ohmann-Dumesnil..... 293
Schanker der Genitalien beim Weibe, von R. W. Taylor..... 293
Über die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre, von Paul Nickel.... 293
Über syphilitische Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparates von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen, von E. Hahn..... 293
Exstirpation syphilitischer Mastdarmstrikturen, von E. Quénu..... 332
Über Syphilis occulta, von Fleiner..... 332
Impfsyphilis, von O. Rosenthal..... 332
Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung des Merkurs im Harne, von P. Pawloff..... 332
Excision des syphilitischen Primäraffekts, von S. Pollitzer..... 379
Taubheit infolge von syphilitischer Infektion, von L. Turnbull..... 379
Das Europhen bei venerischen und syphilitischen Geschwüren, von M. Migneco 379
Fall von Muskelsyphilis, von H. Röhler..... 379
Über hereditäre Infektion, von Caspary..... 380
Einige Daten zur Hämatologie der an Lues hereditaria und Rachitis leidenden Säuglinge, von E. Schiff..... 432
Syphilis auf nicht venerischer Basis, von H. A. Robbins..... 432
Harter Schanker im Augenlid, von Mazet..... 432
Über den Nutzen der Excision des Schankers, von Alex. Renault..... 432
Abortivbehandlung der Syphilis. Warum wird durch frühzeitige Zerstörung oder Entfernung des Schankers der Ausbruch der Syphilis nicht verhindert? von R. W. Taylor..... 432
Zur Kasuistik der Keratosen bei konstitutioneller Syphilis, von Engel-Reimers 547
Sublimat als Vesikans, von Aubert..... 547
Subkutane Einspritzungen von Europhen bei Syphilis, von Gaudin..... 547
Hydrargyrum sozojodolicum bei Rupia syphilitica, von Gaudin..... 547
Verlauf und Natur des Pseudochancre de retour A. Fourniers, von A. Morel-Lavallée..... 547
Fall von syphilitischer Reinfektion, von Alex Pospelow..... 548

Seite
Verbreitung der Syphilis in Berlin, von A. Blaschko 548
Die Syphilis in Niniveh und Babylon bei den alten Assyrern 700 Jahre v. Chr., von F. Buret 549
Ein Kapitel aus der Praxis, von A. Fournier 549

b. Malleus.

Ein Fall von chronischem Rotz, von E. Neisser 550

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Pemphigus foliaceus malignus. Tod, von W. L. Munro und G. T. Swarts ... 114
Über eine dermatologische Epidemie, von Th. Savill 114
Tylosis palmae et plantae, von H. R. Crocker 115
Vorläufige Mitteilung über einen neuen Bacillus (B. viridans) bei Herpes labialis, von W. St. Clair Symmers 115
Zur Behandlung des nässenden Ekzems, von Leven 116
Zur Kasuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut, von B. Mandelstamm 116
Zur Ätiologie der Ekzeme, von L. Brocq 116. 434
Bemerkungen über die Diagnose und Therapie der infektiösen Formen des Ekzems, von A. Eddowes 158
Rheumatismus und Gicht als ätiologische Momente beim Ekzem und die Behandlung dieser Leiden, von Ohmann-Dumesnil 158
Weitere Beobachtungen über die Behandlung von Alopecie mit Jodkollodium, von E. Chatelain 251
Über den Nutzen frühzeitiger Operation bei der Leukokeratose des Mundes und der Vulva, von L. Perrin 252
Stomatitis impetiginosa, von Sevestre und Gastron 252
Therapeutischer Wert der Heidelbeeren, von Pel 294
Zur Ätiologie der Ekzeme, von D. L. Bulkley 294
Die Bartflechte, von Max Rosenberg 294
Über Eccema seborrhoicum, von G. T. Elliot 294
Aufgesprungene Hände 335
Fall von Dermatitis exfoliativa recurrens, von D. Tait 434
Über Trichophytie der Hände und Nägel, von X. Arnozan und W. Dubreuilh 475
Pemphigoide Affektion der Haut und Polyneuritis bei einem Tabetiker, hervorgerufen durch das Trichophyton tonsurans, von Bonome 476

b. der Kutis.

Über Aknebehandlung, von E. Herzfeld 117
Über Acne indurata, von J. D. Hillis 118
Zur Behandlung des Erysipels, von Sachs 118
Fall von Rhinophym. Operation, von Ohmann-Dumesnil 118
Pemphigus vegetans, von Haslund 118
Die Ätiologie des weichen Schankers, von R. W. Taylor 158
Notiz über Pemphigus vegetans, von J. N. Hyde 159
Invasion des Klebs-Löfflerschen Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen, von Spronck 252
Zur Behandlung des Erysipels, von Nikolski 252
Einfluſs der vasomotorischen Störungen auf die Entwickelung des Erysipels 252
Einfluſs des Erysipels auf bösartige Geschwülste, von W. B. Coley 253
Fall von Heilung eines rezidivierenden Erysipels, von H. Lavrand 253
Exstirpation des Karbunkels, von Riedel 253
Fall von Diphtherie, kompliziert mit Gesichtserysipel, von Grigorasch 295
Zur Kasuistik der Elephantiasis Arabum, von L. Löffler 295
2 seltene Fälle von Elephantiasis Arabum, von W. Kremer 295
4 Fälle von Elephantiasis congenita hereditaria, von M. Nonne 295
Antipyrin als Mittel gegen Erysipel, von Jean Foustanos 335

Seite

Neues Mittel in der Behandlung des Erysipels, von A. Cavazzani 335
Mundseuche des Menschen (Stomatitis epidemica), deren Identität mit der Maul- und Klauenseuche der Haustiere und beider Krankheiten gemeinsamer Erreger, von Siegel 335
Elephantiasis Arabum am Beine; Unterbindung der Arteria femoralis; später eintretende Phlebitis und Thrombosis, Septikämie und Tod, von Roswell Park 336
Bemerkungen und Betrachtungen über 2 Fälle von Pemphigus, von Iginio Sormani 336
3 Fälle von Ulcus venereum gangraenosum, von G. de Angelis Mangano.... 336
Fall von Lichen planus bei einer Negerin, von George Thibièrge..... 337
Mechanische Behandlung des Erysipels, von H. Kröll 434
Erysipelas faciei als Komplikation von Typhus abdominalis, von D. N. Eisendraht 435
Erysipel des Pharynx und Larynx, von F. de Havilland Hall..... 435
Pharyngo-Mykosis, von H. B. Hemenway..... 435
Die Beteiligung des Nervensystems beim Myxödem, von J. R. Whitwell 435
Fall von Rhinosklerom, von Secretan und Stilling 477
Kasuistische Beiträge zur Verbreitung des Erysipels, von Stumpf 478
2 Fälle von Lichen planus miliaris acutus, von W. Dubreuilh und J. Sabrazès 478
Fall von Pityriasis ruba pilaris, von W. Dubreuilh..... 478
Über die Behandlung schwerer Phlegmonen, von Helferich..... 478
Beitrag zur Therapie der Sykosis, von Ernst Kromayer..... 479

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Zur Histiogenese der Sarkome, von Görl 46
Fall von Sarkom, verbunden mit hämorrhagischer Diathese, von O. Roth 46
Untersuchungen über die parasitäre Natur des Krebses, von Duplay und Cazin 46
Beitrag zur Lehre von den Lymphosarkomen, von Dreschfeld..... 118
Über Einschlüsse im Epithel der Carcinome, von Ribbert 119
Fall von Pseudoleukämie mit multiplen Haut-, Schleimhaut- und Muskeltumoren, von Ed. Arning..... 119
Über Pseudoleukaemia cutis, von M. Joseph 119
Eigentümlicher Fall von Sarcoma pigmentosum cutis, von Ph. S. Abraham ... 254
Übertragungsversuche mit Sarkom- und Krebsgewebe des Menschen auf Tiere, von Fischel..... 254
Fall von Melanosarcoma carcinomatodes, von E. Seedorf 296
Epithelialcarcinom nach Trauma, von E. Niquet..... 297
Epithelioma traumaticum, von Christiani..... 339
Untersuchungen über den Krebs, von Adamkiewicz..... 339
Relationen der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harne bei Carcinom, von Töpfer 381
Zur Behandlung der Kankroide mit Injektionen, von Rossander 381
Epithelioma folliculare cutis, von O. Israel..... 479

II. Benigne.

a. der Oberhaut.

Warzen am Scrotum, von Gémy 297
Plumbum causticum in der Behandlung spitzer Kondylome, von L. C. Tschernomordik..... 339

b. der Kutis.

Beitrag zum Studium des Lymphangioma circumscriptum (Angioma cysticum), von E. de Smet und P. Bock..... 47
Über die sogenannte Akromegalie (Pachyacrie), von Mosler..... 87
Lymphangiom, von Schlange 253
Merkwürdiger Fall von Dermatolysis der Kopfschwarte, verbunden mit Fibroma fungoides am Körper und den Extremitäten bei einem Neger, von J. J. Lambrey 253

Seite
Fall von Akromegalie, von Litthauer 254
Über die Akromegalie oder Mariesche Krankheit 295
Über Lymphangiome, von Georg Sultan 337
Lymphangioma circumscriptum, von M. B. Hartzell 338
Über Akromegalie und Akromikrie, von L. Stembo 338
Fall von Akromegalie, von H. A. Hare 479

III. Pigmentanomalien.

Fall von Morbus Addisonii mit Atrophie der Nebennieren, von F. Roloff 296
Weiterer Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsenikgebrauch, von R. Förster 381
Fall von Addisonscher Krankheit, von Raymond 479

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

(Vacat.)

b. Lokale.

Veraltete Krampfadergeschwüre heilbar auf hydropathischem Wege, von Florian 47
Diffuse idiopathische Hautatrophie, von Christian Grön 120
Dermatitis haemostatica, von H. G. Klotz 121
Über die Teleangiektasien am Augenlide, von W. Schanzenbach 296
Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre in den Hospitälern von Paris, von Baudouin 297
Über Hemiatrophia facialis progressiva, von Jankau 298
Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre, von D. Fejér 381
Zur Behandlung der Fufsgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtin-Verbänden, von Komich 381

II. Spezifische.

a. Allgemeine.

Drei Fälle von Sclerodermia circumscripta auf der Stirn und dem behaarten Kopfe, von J. Brault 48
Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sklerodermie, von A. Eulenburg 255
Morvansche Krankheit, von Jally 298
Zur Lehre von der Sklerodermie, von M. Dinkler 382

b. Lokale.

Die Alopecia areata, von Clémenceau de la Loquerie 47
Fall von Alopecia areata, von A. Blaschko 47
Favus im Gesicht, von Rossi 120
Behandlung der Alopecia areata, von P. A. Morrow 120
Behandlung des Favus, von Strelzoff 121
2 geheilte Fälle von Alopecia areata, von O. Lassar 122
Histologische Untersuchungen über die Alopecie, von S. Giovannini 256
Über Alopecia areata, von Wermann 298
Malum perforans, von Goldscheider 298
2 Fälle von Alopecia areata, von A. Blaschko 339
Über Ainhum, von von Winkler 340
Favusinfektion durch die Hauskatze, von Dubois-Havenith 340
Wechselseitige Beziehungen von Alopecia areata, Psychosen und Spermatorrhoe, von J. Crocq 480
Favusbehandlung, von Esteves 480

E. Idioneurosen.

Seite
Zur Behandlung des Pruritus ani, von Ohmann-Dumesnil 159

F. Sekretionsanomalien.

(Vacat.)

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Zwei Fälle von Melanodermie mit Pigmentation der Mundschleimhaut bei Phthiriatikern, von G. Thibièrge 257
Die Laus und ihre Mundteile, von Fr. Meinert 480

H. Mifsbildungen.

Fall von Polymastie beim Manne, von E. Evelt 257
Bärtige Dame, von M. Bartels 257
Ausgedehnter behaarter Naevus, von B. Ornstein 299
Über Hypertrichosis auf pigmentierter Haut, von M. Joseph 382

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Fall von primärem Sarkom der Blase, von Bernstein 46
Rolle des Compressor partis membranaceae gegenüber der Urethritis acuta anterior und posterior, von H. Feleki 122
Fall von Hypertrophie des Penis und Scrotum, von W. G. Smith 122
Das Operationscystoskop, von Max Nitze 159
Radikalbehandlung von Strikturen durch Excision und Urethroplastik, von E. L. Keyes 160
Fall von intraurethralem Schanker, von Ohmann-Dumesnil 160
Harnröhrenstriktur und deren Behandlung, von L. B. Bangs 257
Zur Würdigung des Le Fortschen Verfahrens bei der Strikturenbehandlung, von C. Posner 258
Über den Wert der linearen Elektrolyse bei den Harnröhrenverengerungen, von Braquehaye 258
Elektrolyse und Harnröhrenstrikturen, von P. Delagénière 258
Verfahren zur linearen Elektrolyse, von J. A. Fort 258
Elektrolyse in der Behandlung der Strikturen, von Newman 259
Traumatische Strikturen, von P. Delagénière 259
Über traumatische Strikturen der männlichen Harnröhre, von R. Romeycke ... 259
Die rasche Dilatation der Harnröhrenstrikturen, von P. Jetter 259
Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis, von L. Casper 299
Dysuria senilis, von L. Casper 299
Diabetes mit Dilatation und Hypertrophie der Blase, von R. Virchow 300
2 Fälle von primärem Medullar-Carcinom der Harnblase, von G. Hottendorff. 300
Beiträge zur Kasuistik des primären Urethralcarcinoms, von Witzenhausen .. 300
Geographische Verbreitung der Steinkrankheit, von Lewschin 302
Die Sectio alta in moderner Ausführung, von Helferich 302
Epidermisbildung auf der Schleimhaut der Harnwege, von Marchand 340
Fall von Inversio vesicae urinariae congenita, von Franz Bidder 342
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Harnröhrenstrikturen, von M. Wassermann und N. Hallé 384
Über die Mikroorganismen der normalen Harnröhre des Mannes, von M. Wassermann 436
Über die Antisepsis der Harnröhre, von Émile Petit und Melville Wassermann 436
Über die circinäre Form der Balanoposthitis, von Berdal und Bataille 482
Gicht des Penis, von S. Smith 482

Seite

Chlorzink beim weichen Schanker und Bubo, von Balzer und Souplet..... 482
Vereinfachte Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von W. H. Dukeman..... 483
Posthitis chronica wie Leukoplasie aussehend, von L. Perrin..... 483
Künstliche Cystitis, von Bazy 483

b. Hoden und Samenblasen.

Bemerkungen zur Behandlung der Epididymitis, von S. Alexander..... 160
Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens, von E. von Meyer 259
Varicocele und Neurasthenie, von Wiedehold..... 260
Der trockene Umschlag bei der Behandlung der Epididymitis, von G. E. Brewer 260
Beiträge zur Pathologie der Samenblasen, von Alb. Dreyer 260
Über den Leistenhoden und seine sarkomatöse Entartung, von M. Emoan..... 300
Geschwülste der Scheidenhäute des Hodens und des Samenstranges, ihre Diagnose und Behandlung, von W. Herfarth 383
Fall von Torsion des Samenstranges, von H. Gervais..... 481
Anwendung der Karbolsäure bei der Orchitis, von P. Thiéry und H. Fosse... 483

c. Prostata.

Gegen chronische Prostatitis, von Oberländer..... 300
Fall von primärem Carcinom der Prostata, von F. Gutmann..... 300
Über den Prostatakrebs, von Toquart..... 341

d. Uretheren und Nieren.

Entzündliche Verengerung der Uretheren, von F. S. Watson..... 122
2 neue Fälle von Filaria sanguinis hominis, von R. M. Haughter..... 160
Primäres Sarkom des Urethers, von Eduard Willutzki..... 341
Behandlung der harnsauren Diathese, von Alafberg..... 481
Eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne, von Spiegler..... 481

e. Labien, Vagina etc.

Fall von Carcinom der Clitoris, von F. J. Merkle..... 300
Über den Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre im kindlichen Alter, von E. Tritschler..... 301
Beitrag zur Lehre vom Vaginismus, von A. Ebbing 301
Fall von aphthöser Erkrankung der Vagina, kombiniert mit konsekutivem Erythema multiforme, von J. Neumann..... 341
Mangelhafte Entwickelung der weiblichen Genitalien, von O. Ferrari 383
Über Craurosis vulvae, von G. D. Orthmann..... 383
Totale Zerstörung der weiblichen Urethra und ihre Behandlung, insbesondere durch plastische Operationen, von J. Luerken 383
Endoskopie und Therapie der Harnröhrenkrankheiten bei Frauen, von A. Ebermann 481

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Gegen die Erektionen beim Tripper..... 123
Einige Bemerkungen über die Diagnose der Gonorrhoe beim Manne No. II, von S. Alexander 123
Reinzüchtung des Gonococcus mittelst des Plattenverfahrens, von E. Wertheim 123
Rheumarthritis gonorrhoica, deren Folgezustände und Behandlung, von B. E. Brodhurst 160
Über eine neue Salbenspritze zur Behandlung der Urethritis anterior acuta et subacuta, von P. Tommasoli 161
Über die sogenannte Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen, von A. Peters 260
Zur Kasuistik der Gonorrhoe, von R. Gross..... 261
Zur Behandlung der Gonorrhoe, von G. W. Allen 261
Über Gonorrhoea rectalis, von Franz Frisch..... 261

Seite

Das Verhalten pathologischer Zellenbildung intensiven Farbstoffen gegenüber, von Th. Clemens 261
Retinol als Balsamicum 301
Behandlung der chronischen Gonorrhoe, von A. Philippson 302
Salol bei Arthritis gonorrhoica, von V. Fones 342
Remerkungen über die Instillation von Argentum nitricum, von J. A. Fort 342
Zur Therapie der Gonorrhoe, von Czempin 386
Colpitis gonorrhoica 386
Über die sogenannte gonorrhoische Harnblasenentzündung, von du Mesnil 386
Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reinkultur, von C. Gebhard .. 386

Korrespondenz.

Brief aus Honolulu, von A. Lutz 30
„ „ Mexiko, von E. Lier 447. 516

IV. Notizen.

Dr. P. Michelson † 48
Berichtigung 552

V. Sachverzeichnis 553
VI. Namenregister 572

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Scutula von Favus griseus und Favus sulfureus celerior auf menschlicher Haut, von P. G. Unna (Tafel I) 1
Favus sulfureus tardus auf der Backe der Maus, von P. G. Unna 15
Bindgewebstumoren bei Kanaken, von Ad. Lutz 30. 33
Variola und Vaccine, von Th. Buri (Tafel II) 49
Erythema keratodes der Handteller und Fufssohlen, von H. G. Brooke (Tafel III) 89
Hydradenitis destruens suppurativa, von S. Pollitzer (Tafel IV und V) 129
Tinea imbricata bei einem Kanaken, von Ad. Lutz 153
Pityriasis bei einem Kanaken, von Ad. Lutz 155
Jododerma tuberosum, von N. Walker (Tafel VI) 263
Flora dermatalogica IX, von P. G. Unna (Tafel VII und VIII) 303
Zur Reaktion des Schweifses, von Ernst Heufs (Tafel IX und X) 343
Lichen scrophulosorum, von A. Sack (Tafel XI und XII) 437
Cutis laxa, von A. W. Williams (Tafel XIII) 490

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 1. 1. Januar 1892.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 5 1897

4248

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Drei Favusarten.

Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Halle a./S. am 24. September 1891.

Von

Dr. P. G. Unna.

(Mit Tafel I.)

Quincke hat in seinen bekannten Arbeiten über den Favus den Anstoſs zu einer mächtigen Bewegung in unserer Wissenschaft gegeben, welche weit hinausgehen wird über die specielle Frage, ob es einen, zwei oder selbst drei Favuspilze giebt. Nicht die definitive Entscheidung über die Anzahl der bei dieser Krankheit in Betracht kommenden Organismen bildet das Wesentliche dieser Bewegung. Sobald es überhaupt nur feststeht, daſs es mehr als einen Favuspilz giebt, so giebt es auch mehr als eine Favuserkrankung. Und wenn es möglich ist, daſs nach 50jähriger Bekanntschaft mit dem Wesen des Favus diese Thatsache klinisch neu, ja bei einer groſsen Reihe von Fachgenossen unglaublich erscheinen kann, so erhalten wir eine in der That herbe Belehrung über unsere Kurzsichtigkeit in klinischen Dingen. Denn welche Krankheit galt bisher mehr als einheitlicher Typus wie gerade der Favus mit dem prägnanten Symptom der schwefelgelben Scutula?

Darin liegt die principielle Wichtigkeit der Favusfrage für die gesamte Dermatologie. Wenn wir das scheinbar Einfachste noch so wenig kennen, daſs darüber die dermatologische Welt sich in zwei Lager spaltet ohne Aussicht auf Vermittlung, wie muſs es um alle schwieriger zu beobachtenden und zu beurteilenden Krankheiten der Haut bestellt sein?

Ist die Sachlage aber so beschaffen, so gilt es vor allem, die noch zweifelhafte oder wenigstens vielfach angezweifelte Thatsache durch möglichste Vervielfältigung der Experimente zu einer über alle Zweifel erhabenen zu machen. Diese Überzeugung bewog mich, den ganzen letzten Sommer hindurch die in meinem Laboratorium gezüchteten und von Herrn Dr. Frank als zu drei verschiedenen Arten gehörend erkannten Favuskulturen lediglich auf ihren klinischen Zusammenhang immer

von neuem zu prüfen. Obgleich ich aus eigenem und mir freundlicherweise von verschiedenen Seiten[1] zugegangenem Favusmaterial bereits im Besitze von 10 Favuskulturen bin, die alle gewisse kulturelle Verschiedenheiten aufweisen, und wenn ich dadurch auch zur Überzeugung kommen mufste, dafs noch viel mehr differente Favusarten existieren, als einer der bisherigen Favusforscher sich träumen liefs, so habe ich mir die lockende Aufgabe ihrer exakten Durcharbeitung doch lieber für später aufbewahrt, um zuerst allein für die drei zufällig bei mir gefundenen und von FRANK beschriebenen Arten eine absolute Sicherheit zu gewinnen, auf welche bei der Tragweite der Thatsache alles ankommt. Giebt es erst drei allgemein anerkannte Favusarten, dann ist der principielle Schritt gethan und der Ausbau der neuen Lehre, welche ein ganz neues klinisches Studium verlangt, wird nicht lange auf sich warten lassen.

Es ist fraglos, dafs die sichere Anerkennung verschiedener Favusarten am allermeisten davon abhängt, dafs es uns gelingt, wirkliche, echte Scutula mittelst derselben zu erzeugen und einen dem spontanen Favus analogen subakuten oder chronischen Verlauf der Erkrankung. Denn mit Recht können gegen die hier ja allein beweisenden Impfexperimente solange Einwendungen erhoben werden, als nur oberflächliche, flächenhafte, akut verlaufende Entzündungen mit Bläschenbildung und Abschuppung erzeugt worden sind. Der eine wird solche Resultate als abortive Favuserkrankung, als einen sog. Favus herpeticus (KÖBNER) anzusprechen geneigt sein, während andere die Favusnatur desselben mit Recht als unbewiesen erachten werden, da ja andere Pilzerkrankungen, speciell Trichophytien, unter ähnlichen Bildern verlaufen.

Wer es also unternimmt, die klinische Diagnose Favus mehreren, durch verschiedene Pilze artificiell erzeugten Dermatosen anzuheften, mufs sich als erste und zweite beschränkende Bedingungen gefallen lassen, dafs seine Diagnose solange zweifelhaft bleibt, als bis er 1) auf Tieren oder Menschen echte Scutula erzeugt, die denen des spontanen Favus gleichen und 2) eine subakute oder chronische Erkrankung ohne typischen Ablauf zu Wege bringt.

Dagegen erscheint es vollkommen gleichgültig und gleichwertig, ob diese Scutula führende Dermatose auf Tieren oder Menschen erzeugt wird. Sollten die Experimente am Menschen mifsglücken, während sie auf Tieren positive Resultate liefern, so kann das aus dem Grunde keine abschwächende Bedeutung haben, da der spontane Menschenfavus, auf andere Menschen übertragen, ebenfalls hin und wieder nicht anschlägt und weil — wie auch die unten mitzuteilenden Impfexperimente lehren — die menschliche Haut bei verschiedenen Individuen ungemein verschieden

[1] Darunter 2 aus Schottland durch Vermittlung von Dr. DOUGLAS, 2 aus Amsterdam durch Dr. VAN HOORN, 1 aus Italien von Prof. MIBELLI.

auf Favusimpfung reagiert. Die Gleichwertigkeit des Menschen- und Tierexperiments in diesem Falle — im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen — beruht zum gröfsten Teile auf der Unverkennbarkeit und pathognomonischen Bedeutung des Hauptsymptoms, des Scutulums. Die ganze Frage würde viel schwieriger liegen, wenn aufser dem Favus auch bei anderen Dermatosen Scutula gefunden worden wären oder wenn über deren Struktur Zweifel bestehen könnten. Allerdings ist es wünschenswert, dafs die Erzeugung echter Scutula beim Menschen in allen Fällen von Favusimpfung unser letztes Hauptziel bleibt und dafs wir nicht müde werden, durch Heranziehung einer gröfseren Reihe von Versuchspersonen auch dieses letzte Postulat für jeden kandidierenden Pilz zu erfüllen. Aber ich sehe nicht, mit welchen Gründen man anderseits die Favusnatur eines Pilzes bezweifeln wollte, wenn er auf einer oder mehreren Thierspecies regelmäfsig echte Scutula hervorbringt.

Ich werde aus diesen Rücksichten erst über die Experimente am Menschen, dann über die an Tieren, die mit den genannten drei Pilzen angestellt wurden, berichten.

Frank impfte sich und den Laboratoriumsdiener mit den drei von ihm unterschiedenen Favuspilzen. Da die Inokulationen an letzterem bisher alle fehlschlugen, übergehe ich dieselben. Frank selbst erzeugte mit Kulturen seines Favus I, den ich und später er selbst von verschiedenen Mäusen des zoologischen Gartens reinkultiviert hatte, auf seinem linken Arm einen schönen schuppenden, stark geröteten Ring mit kleinen Bläschen und gelben Pünktchen an einigen Haartrichtern. Dafs es sich dabei um Favus und zwar um genau dieselbe Favusart handelte, welche er eingeimpft hatte, wurde mit absoluter Sicherheit dadurch bewiesen, dafs aus den Schuppen und Haaren des befallenen Bezirkes wieder derselbe Favus I in Reinkultur hervorging, welche dann auch auf einer schwarzen Maus wiederum echte Scutula erzeugte. Diesem „Favus herpeticus" gegenüber ist also ein Zweifel unberechtigt. Übrigens konnte man schon aus dem Umstande, dafs der Ring an der Impfstelle erst drei Wochen nach der Inokulation aufging, mit Sicherheit den Einwand widerlegen, dafs es sich dabei um eine traumatische Dermatitis gehandelt habe

Immerhin mufste weiter geprüft werden, ob denn mittelst des Favus I auf dem Menschen keine Scutula zu erzeugen wären. Dasselbe Postulat bestand noch dringender für den Favus III, welchen Frank auf seinen rechten Arm ebenfalls nur mit dem Resultat überimpft hatte, dafs ein geröteter schuppiger Fleck entstand. Denn wenn hier auch in den Schuppen und Haaren Favuspilze nachgewiesen wurden, war doch eine Reinkultur aus denselben nicht zu erhalten gewesen, mithin die Identität mit der Ausgangskultur (Favus III) nicht mit absoluter Sicherheit bewiesen.

Ich veranlafste deshalb Herrn Dr. Williams, die Impfung mit beiden

Pilzen an sich zu wiederholen, und da ich inzwischen die Bemerkung gemacht hatte, dafs an den Unterschenkeln Inokulationen der Oberhautpilze leichter zu haften pflegen, so impfte er an seinem rechten Unterschenkel beide Pilze in einiger Entfernung von einander ein, Favus I etwa eine Hand breit unterhalb des Kniees, Favus III in der Mitte der äufseren Seite des Unterschenkels.

Schon am dritten Tage trat an der Inokulationsstelle von Favus I eine Entzündung auf, am vierten schossen einige ganz kleine Bläschen auf und am fünften Tage schwoll die ganze Stelle stark an und schmerzte bei jeder Bewegung des Beines. Vom 6. Tage an bildeten sich dicke, gelbe Krusten und die Schmerzen wurden beim Gehen und Niedersetzen des Beines so heftig, dafs Pat. die Rückenlage innehalten mufste.

Ähnlich, nur in weit schwächerem Grade war es unterdessen mit der Inokulationsstelle von Favus III gegangen. Die Entzündung begann hier erst am vierten Tage, die Bläschen-, Schuppen- und Krustenbildung kamen langsamer, insbesondere war die ganze Entzündung weit weniger schmerzhaft.

Vom achten Tage an waren beide Impfstellen sich ziemlich ähnlich, nur dafs die Krusten beim Favus I dicker waren und die Hautröte stets etwas intensiver blieb. Nach der Entfernung der Kruste zeigte die Oberhaut noch eine dünne, glänzende Hornschicht. Bläschen waren nicht mehr vorhanden und beide Stellen ziemlich eingetrocknet. Das Ausziehen von Haaren aus beiden Stellen verursachte bedeutenden Schmerz. Die Krusten enthielten grofse Mengen von Sporen, weniger Mycelien; ebenfalls waren Sporen in geringer Menge an den extrahierten Haarwurzeln vorhanden.

Am neunten Tage nahm WILLIAMS eine gründliche Abwaschung aller Krusten mit sehr heifsem Wasser vor, worauf der Schmerz bedeutend nachliefs. Nach dieser Reinigung zeigten sich nun auf beiden Impfstellen sehr kleine gelbe Punkte, mehrfach, aber nicht immer, Haarbalgtrichtern entsprechend. Es bildeten sich nun dünnere, transparente Schuppen wieder, unter denen man deutlich die Vergrösserung und Vermehrung der gelben Punkte beobachten konnte, die sich im Laufe einiger Wochen zu typischen pfefferkorn- bis erbsengrofsen Scutula heranbildeten.

Es war nun im höchsten Grade interessant, dafs diese beiden dicht nebeneinander auf derselben Hautregion desselben Individuums zur selben Zeit erzeugten Favusflecke sich durchaus unähnlich waren und blieben. (Vgl. die Tafel).

Diese Unterschiede, die jedem, auch mit dem Favus nicht sehr vertrauten Arzte sofort auffielen und von mir im Hamburger ärztlichen Verein mit freundlicher Erlaubnis von Herrn Dr. WILLIAMS demonstriert wurden, lassen sich kurz folgendermafsen zusammenfassen.

1) Die Scutula von Favus I waren weniger zahlreich und

weniger gut concentrisch ausgebildet als bei Favus III. Einige Scutula von Favus I stellten überhaupt nur Halbringe dar. Favus III ist offenbar besonders zur Scutulumbildung disponiert.

2) Die Scutula von Favus I hatten eine graugelbe Farbe, während die der Scutula von Favus III ein dunkles Schwefelgelb war. Die ersteren erinnerten dadurch sofort mehr an die graugelbliche Farbe, die der Mäusefavus gewöhnlich aufweist.

3) Die Scutula von Favus I waren viel weicher, bröckliger als die von Favus III. Dadurch liefsen sich die letzteren leicht mit einem stumpfen Instrument in toto aus ihrer Höhlung herausheben, während die Scutula von Favus I bei diesem Versuche stets zerbrachen.

4) Die Scutula von Favus I hafteten stärker an ihrer hornigen Unterlage als die von Favus III, wodurch die Schwierigkeit der Herausbeförderung in toto noch vergröfsert wurde.

Zählen wir zu diesen 4 nur die Scutula betreffenden Differenzen die drei schon im vorhergehenden angeführten, nämlich

5) das raschere Auftreten der Reaktion bei Favus I,

6) die stärkeren Entzündungssymptome bei demselben, besonders im Anfange und endlich

7) die gröfsere Schmerzhaftigkeit der primären Entzündungserscheinungen bei Favus I,

so tritt uns auf beiden Seiten ein Ensemble von Verschiedenheiten entgegen, welches allein genügen würde, die beiden Krankheiten bereits klinisch und zwar mit leichter Mühe zu trennen.

Nicht alle, aber einige dieser Symptome früher an einzelnen Favusfällen wahrgenommen zu haben, ohne irgend welchen Wert auf dieselben zu legen, ist mir durchaus erinnerlich; speciell möchte ich für zukünftige Beobachtungen auf die Farbe und Konsistenz der Scutula ein gröfseres Gewicht gelegt wissen, als es bisher der Fall war.

Da Frank vergeblich versucht hatte, seinen Favus II auf sich selbst und auf dem Laboratoriumsdiener zum Wachstum zu bringen, so impfte Williams sich denselben ebenfalls ein und zwar auf seinem linken Unterschenkel. Leider wurde aber diese Impfung sehr bald durch einen Schub von stark entzündlichen Impetigopusteln zu nichte, die die Impfstelle als ungebetene Gäste heimsuchten und so energische Mafsregeln zu ihrer Vernichtung erforderten, dafs von einer Favuszüchtung keine Rede sein konnte.

Herr Dr. Douglas inokulierte sich einige Zeit später zwei verschiedene Favi ein, nämlich Franks Favus II und einen schottischen Favus, der uns aus Edinburgh in Gestalt von Scutulis übersandt war. Während der letztere, auf den ich hier nicht näher eingehen will, echte Scutula erzeugte,

brachte Favus II nur einen kreisrunden, schwach geröteten Fleck hervor, welcher etwa sechs Wochen lang bestand und schuppte, dann aber von selbst verschwand. Herr Dr. DOUGLAS, damals in Paris, war nicht im stande, aus den Schuppen eine Reinkultur zu gewinnen.

Herr Dr. LESLIE ROBERTS endlich war der fünfte und ich selbst der sechste, bei welchen ich Inokulationen mit Favus II vornahm, die fehlschlugen.

Dieser Favus II ist nun gerade derjenige, welcher mit seinen dicken, kurz septierten Hyphen, gabligen, kronleuchterartigen Enden, kolbigen Endausläufern und seinen Sporenträgern am meisten von den Favusarten FRANKS dem QUINCKEschen γ-Pilz, den Favusarten von GRAWITZ, FABRY, VERUJSKI, JADASSOHN, MIBELLI und der zweiten Varietät von ELSENBERG ähnelt, womit ich durchaus nicht sagen will, dafs er mit einem von jenen oder dafs diese etwa unter einander identisch seien. Einen solchen Standpunkt glücklich zu überwinden, habe ich genügend Gelegenheit gehabt. Auch der nebenbei soeben erwähnte schottische Favus von DOUGLAS gleicht dem Favus II in manchen Stücken, aber nicht vollständig.

In Bezug auf den Favus II von FRANK habe ich selbst die Überzeugung, dafs wir ihn als eine echte Favusart zu betrachten haben, erst gewonnen, nachdem ich reichliche Tierexperimente mit demselben vorgenommen. Zu diesen will ich mich nun wenden.

Es wurden im Laufe des Sommers weifse und schwarze Mäuse, weifse und schwarze Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen und Hühner mit den drei Favusarten geimpft. Als ziemlich refaktär erwiesen sich weifse Mäuse und Ratten, schwarze Ratten und die Hühner. Wenigstens kam es hier niemals zur Ausbildung guter Scutula. Vielleicht, dafs besondere Körperstellen dieser Tiere in Zukunft sich geeigneter erweisen als die von mir benutzten (Hals, Ohren; Kämme und Kehllappen der Hühner).

Sehr viel besser haften die Inokulationen bei Kaninchen und Meerschweinchen, in zweiter Linie kommen schwarze Mäuse und Katzen. Doch ist die Sicherheit der Haftung für jede Favusart auf den verschiedenen Tieren verschieden. Ich lege Ihnen in Gestalt der mit der Haut geschnittenen und gefärbten Scutula vom Favus I positive Inokulationen auf Maus und Kaninchen vor, vom Favus II auf Meerschweinchen, vom Favus III wieder auf Kaninchen. Es sind dieses diejenigen Tiergattungen, an denen für die drei von mir demonstrierten Favusspecies der Beweis ihrer Favusnatur durch Erzeugung von Scutula vermittelst Impfung am leichtesten gelingt.

Um hierüber keinen Zweifel zu lassen, müssen wir etwas genauer auf den Begriff des Scutulums eingehen. Derselbe war bisher ein rein

klinischer, aber, wie Sie sehen werden, läfst sich das Scutulum auch histologisch genau definieren und es ist einleuchtend, dafs damit die Diagnose Favus in Zukunft, wenn man mit mir den Nachweis des Scutulums dafür als ausschlaggebend ansieht, an Sicherheit sehr gewinnen mufs.

Dafs die Scutula hauptsächlich aus Pilzen bestehen, hat man seit SCHÖNLEIN immer gewufst; aber man nahm doch auch ein Eingehen der Hornschicht bis zu einem gewissen Grade in das Scutulum an. Von jenen Angaben sonst ganz vertrauenswürdiger, aber hier mit unzureichenden Methoden arbeitender Forscher will ich ganz absehen, welche die Favuspilze normalerweise die Oberhaut und Cutis durchwachsen lassen. Die Angaben über eine Beteiligung der Oberhaut an der Bildung des Scutulums sind ebenfalls nicht richtig. Das Scutulum wurzelt auf der basalen Hornschicht und ist an den Seiten und oben anfangs stets von der mittleren und oberflächlichen Hornschicht in komprimierter Gestalt bedeckt, später häufig auch frei.

Derjenige Umstand nun, der das Scutulum von allen übrigen Pilzwucherungen in der Hornschicht unterscheidet, ist das senkrechte Emporwachsen der Pilzfäden aus der Hornschicht. Das Scutulum gleicht einigermafsen dem oberen Teil einer Kultur auf festem Nährboden, dem Abschnitt der Lufthyphen, in welchem die Hyphen, sich gegenseitig stützend und umschlingend, den Nährboden verlassen, um einen selbständigen Pilzkörper über demselben zu bilden. Im Scutulum bilden Substrat und Pilzfäden also stets einen rechten Winkel, während in den pilzdurchwachsenen Hornschuppen der Pityriasis versicolor und der Trichophytonarten die Pilzfäden mit den Hornzellen spitze Winkel beschreiben oder parallel laufen. Diese letztere Art der Durchwachsung entspricht dem Verhalten der Bodenhyphen bei einer Kultur auf festem Nährboden.

Jedoch besteht auch ein wesentlicher Unterschied zwischen den Lufthyphen und dem Scutulum; die ersteren wachsen frei in die Luft, ohne äufseres mechanisches Hindernis und unter einem Sauerstoffüberfluls. Die senkrecht emporsteigenden Hyphen des Scutulums müssen sich dem Drucke der Horndecke accomodieren und vegetieren ohne Sauerstoffüberfluls. Sie schieben die Horndecke mechanisch vor sich her, ohne sie zu durchwachsen. Ja in einigen Fällen wurzeln auf der Horndecke selbst eine Anzahl Fäden, die abwärts dem Centrum des Scutulums entgegenwachsen. Nur bleiben sie dem kümmerlichen Boden dieser toten Hornzellen entsprechend selbst kümmerlich.

Und dieser letztere Umstand bewirkt es weiter, dafs das Scutulum, wenn man es als eine kugelförmige, in sich überall zurücklaufende Kultur betrachtet, eine asymmetrisch ausgebildete Kultur vorstellt. Der Grund derselben wächst sehr üppig, die Seitenteile immer schwächer und die Decke sehr wenig. Da der Druck der wachsenden Kugel auf die

Hornschicht aber als ein gleichmäfsiger angesehen werden kann, so leidet die weniger stark proliferierende Deckenpartie am wenigsten von demselben und wird nach dem Centrum der Pilzkugel zu eingebuchtet. Daher liegt es im Wachstumsgesetz eines jeden Scutulums, mag dasselbe sich aus einem Haarbalgtrichter entwickeln oder nicht, dafs sich auf der Oberfläche mit der Zeit eine dellenförmige Einsenkung bildet und das ganze Scutulum die bekannte Napfform annimmt. Daher findet man napfförmige Scutula auch auf toten Nährsubstraten häufig bei anderen Pilzen, wo ähnliche Wachstumsbeschränkungen vorliegen.

Die äufsere (untere) Zone jedes Scutulums besteht also aus palisadenförmig dicht neben einander aufwachsenden Hyphen ohne Dazwischenkunft von Horngebilden. Die schwer färbbaren Massen die man oft zwischen denselben findet, bestehen aus abgestorbenen, leeren Mycelschläuchen. Wenn dieser Pilzkörper also auch eine selbständige, von der Hornschicht scharf getrennte Masse bildet, so liegt er doch keineswegs lose in ihr. Er wurzelt vielmehr mit vielen kleinen Fäden in derselben und nach der Anzahl derselben richtet sich die mehr oder minder feste Adhärenz des Scutulums an seinem Nährboden.

Die innere (obere) Zone des Scutulums besteht aus den oidienförmig sich abschnürenden Sporen, die im Centrum häufig zu einem dichten Sporenlager zusammenfliefsen. Die komplizierten Fruchtgebilde der freien Kulturen auf festem und flüssigem Substrat werden im Scutulum so wenig gebildet, wie überhaupt innerhalb der Hornschicht oder des Haares.

Aus dem so beschaffenen Bau des Scutulums ergiebt sich auch sofort die Erklärung dafür, dafs einfache Entzündungsprozesse oder Regenerationsvorgänge der Oberhaut das Scutulum in toto ohne weiteres zur Abschiebung bringen. Würden die Pilzfäden, wie viele Forscher sich gedacht haben, anstandslos in die Stachelschicht einwachsen können, bestände keine feste Grenze zwischen Scutulum und Stachelschicht in der basalen Hornschicht, so würde eine so leichte Elimination der Scutula in toto schwer verständlich sein. Nun finden wir aber bei den artificiell erzeugten Scutula der Tiere ebenso wie bei den spontanen sehr häufig, dafs das Scutulum ganz oder teilweise von einer dicken Hornschicht oder einer Kruste in die Höhe gehoben ist. Ja, wir stofsen stellenweise auf Etagenbildungen, indem ein Scutulum an einem Ende in die Höhe gehoben ist und ein benachbartes um ein gutes Stück überlagert. Zwischen beiden befindet sich dann gewöhnlich eine Kruste, die aus entzündet gewesener, exsudatreicher Oberhaut entstanden ist. Niemals finden wir aber Durchwachsungen des Scutulums durch wucherndes Epithel oder Eindringen der Entzündungsprodukte in dasselbe. Stets wird das Scutulum als ein einheitlicher Körper respektiert oder eliminiert.

Nach dieser Schilderung wird es uns nicht schwer werden, die

Verwechslung von wahren Scutulis mit ähnlichen Bildungen zu vermeiden.

Wie vorauszusehen war, unterscheiden sich nun die Scutula der drei Favi auf den Versuchstieren ebenfalls von einander. Doch sind natürlich hier die Differenzen wegen der einfacheren Wuchsform des Pilzes im Scutulum nicht so prägnant wie beim freien Wachstum auf künstlichem Nährboden.

Favus I, an Kaninchen und Mäusen studiert, zeigt im Scutulum eine ungemein reichliche und gleichmäfsige Insertion der Wurzelenden der Hyphen. Dieselben sind in der Hornschicht unverzweigt und ziemlich gerade eingepflanzt. Die Hyphen wachsen von hier aus ganz parallel, sehr wenig verzweigt und sehr stark aufwärts und bilden dadurch voluminöse Scutula. Der Zerfall zu Oidiensporen ist ein ungemein regelmäfsiger und reichlicher; die Oidiensporen werden mit dem Alter nach dem Centrum zu gewöhnlich erheblich dicker und gröfser.

Favus II, vom Meerschweinchen, weist im Scutulum eine weniger reichliche und unregelmäfsigere Insertion der Wurzelenden der Hyphen auf. Dieselben teilen sich häufig bei ihrer Einpflanzung in der Hornschicht gablig und sind hier meistens hakenförmig umgebogen. Der weitere Verlauf der Hyphen ist weniger parallel als bei Favus I, mehr gekrümmt; sie sind häufiger verzweigt und wachsen weniger stark in die Höhe, wodurch die Scutula weniger voluminös werden. Dagegen suchen an fast allen Haarbälgen abzweigende Bodenhyphen die Tiefe zu gewinnen. Der Zerfall zu Oidiensporen geht nicht mit der Reichlichkeit und Regelmäfsigkeit vor sich wie bei Favus I.

Favus III, an Kaninchenscutula studiert, zeigt wiederum ein stärkeres Aufwärtswachsen der Hyphen von der Hornschicht aus, aber dasselbe geschieht nicht geradlinig wie bei Favus I und auch nicht in so abgerundeten, bogigen Linien wie bei Favus II, sondern in eigentümlichen, knorrigen Verzweigungen, mit vielen scharfen Ecken. Auch die minder reichliche Bildung von Oidiensporen läfst diese Scutula von denen von Favus I unterscheiden. Abzweigungen in die Tiefe der Haarbälge finden sich wohl, aber nicht so regelmäfsig wie bei Favus II.

Aufser diesen typischen Scutulis, welche den oben von mir aufgestellten Forderungen an Scutula überhaupt entsprechen, habe ich nun durch Favusimpfungen eine grofse Menge von minderwertigen pathologischen Produkten des Epithels erzeugt, welche von geringer Schuppenbildung an, durch dicke entzündliche Krusten bis zu abortiven und degenerierten Scutulis eine fortlaufende Reihe bilden. Gewöhnlich finden sich bei mifslungenen Impfungen eine ganze Anzahl solcher Bildungen zusammen

und ich werde mir erlauben ihnen einige davon zum Unterschiede von wirklichen Scutulis zu demonstrieren.

Als Pilzschuppen bezeichne ich solche, welche deutlich gewucherte Pilzformen, Hyphen und Sporen neuer Bildung in horizontaler Verzweigung innerhalb sich ablösender Hornschicht aufweisen.

Pilzkrusten entstehen durch entzündliche Vorgänge im Epithel, welche zur Abtötung des Pilzes führen und die Scutulumbildung verhindern. Dann ist die pilzführende Hornschicht von fibrinösem Exsudat hin und wieder von Eiterkörperchen durchsetzt und die Pilzfäden zeigen gewöhnlich starke Veränderungen, besonders kuglige, gemmenähnliche Anschwellungen. Durch die innige Vermischung von Hautbestandteilen und Pilzfäden unterscheiden sich die Pilzkrusten von den abortiven und degenerierten Scutulis.

In diesen befindet sich, wie in den ausgebildeten Scutulis, der Pilz allein für sich, als ein flacher oder mehr kugliger Fremdkörper, in die Hornschicht eingeschoben. Aber es fehlt die beschriebene, regelmäfsige Anordnung seiner Elemente; dieselben sind schlecht färbbar und weisen in ihren abnormen Krümmungen und Anschwellungen degenerative Prozesse auf. Gewöhnlich bestehen diese Pilzherde aus einem verworrenen und komprimierten, schwierig färbbaren, teilweise jedenfalls abgestorbenen engen Mycelnetze, mit Einsprengung stark tingibler, grober Klumpen, welche etwas an die Gemmen der Kulturen erinnern. Eine Oidiumabschnürung fehlt stets.

Besonders interessant erscheint mir, dafs einige dieser degenerierten Scutula die Einmischung von Kokken aufweisen, welche massenhaft in denselben gedeihen und vielleicht an dem Absterben der Scutula schuld sind, vielleicht erst nach deren Absterben eindringen; derartige Präparate lege ich Ihnen vom Kaninchen und von der Katze vor. Aber ich will dabei nicht unterlassen zu betonen, dafs durchaus nicht, wie heute noch vielerwärts fälschlich angenommen wird, im normalen Scutulum eine Brutstätte von Kokken, Bacillen und anderen indifferenten Schmarotzern existiert. Die leichte Verunreinigung der Kulturen vom Favus rührt nicht von intrascutulären, sondern von extrascutulären, allerdings auf jedem Kopfe massenhaft vorkommenden Schmarotzern her. Das Scutulum, solange es normal vegetiert, beherbergt so wenig fremde Pilze wie Epithelien.

Auf die sehr interessanten Befunde an der tierischen Haut unterhalb der echten Scutula sowohl wie der Pilzkrusten will ich hier nicht näher eingehen und bemerke nur, dafs die Entzündungserscheinungen nach Qualität und Quantität ungemein verschieden sind, nach der Favus-, der Tierspecies, nach concomitierenden anderen Infektionen, ja nach Tierindividuen. Die Maus weist garnicht die stärksten Entzündungserscheinungen im allgemeinen auf, sondern vielmehr das Meerschweinchen und der Mensch, wie Ihnen die vorliegenden Präparate beweisen.

Soviel steht aber nach meinen Erfahrungen fest, dafs eine einfache Trennung in scutuläre und herpetische Favi, wie QUINCKE wollte, sich nicht durchführen läfst. Jede einzelne Favusart kann vielmehr, auf relativ ungünstige Haut verpflanzt oder durch äufsere Umstände (fremde Pilze) am Wachstum gehindert, Schuppen- und Krustenbildung, Erythem und Bläschen erzeugen und unter diesen Reaktionen der Haut nach akutem Verlaufe zu Grunde gehen. So erzeugte der Favus II auf dem Arm von Dr. FRANK einen typischeu Bläschenring, auf Kaninchen, Katze und Maus wiederholt Pilzschuppen und Pilzkrusten neben kleinen Scutulis, auf dem Meerschweinchen[2] jedoch prachtvolle Scutula, wie derselbe auch aus einem menschlichen Scutulum gezüchtet war.

Viel gröfsere Bedeutung in klinischer Beziehung kommt dem kulturellen Merkmal des Sauerstoffbedürfnisses zu, was QUINCKE bereits hervorgehoben hat. Hierin zeigen sich frappante Unterschiede, wie Ihnen die Kulturen und die Schnitte durch Kulturen zeigen. Während Favus I dickwollige, ½ cm hohe weifse Rasen über dem Nährboden bildet und nur wenig in den Nährboden hineinwächst, liegt die Kultur von Favus II zum gröfsten Teile im Nährboden und ragt nur mit einer dünnen Myceldecke über denselben hervor. Favus III nimmt zwischen beiden eine Mittelstellung ein. Es unterliegt aber wohl keinem Zweifel, dafs die Tendenz von Favus II, in die Haarbälge hinein Fortsätze zu schicken, mit diesem geringen Sauerstoffbedürfnisse zusammenhängt.[3] Die in klinischem Sinne bösartigeren Favi, d. h. diejenigen, welche ausnahmslos auch in die Haarbälge hinabwachsen und daher unseren Medikamenten viel leichter Trotz bieten, werden sich wohl alle auch auf künstlichem Nährboden durch ihr Tiefenwachstum auszeichnen. Eine strikte Unterscheidung der Favi in Oberhautfavi oder Haarbalgfavi wäre aber ebenfalls mit den Thatsachen unvereinbar.

Ich glaube somit festgestellt zu haben, dafs es vorderhand drei gut charakterisierte verschiedene Pilzspecies giebt, die typische Favusscutula auf Tier und Mensch erzeugen und deshalb in Zukunft strenge getrennt werden sollten. Es ist das nun nicht leicht möglich, wenn diese verschiedenen Individuen nicht auch verschiedene Namen besitzen. Ich schlage daher vor, den von FRANK und mir als Favus I beschriebenen Pilz: Achorion euthythrix (d. h. mit gerade verlaufenden Haaren), die durch ihn hervorgerufene Krankheit aber als Favus griseus[4], nach der graugelben Farbe der Scutula, zu benennen. Den Pilz Favus II nenne ich in Zukunft Achorion dikroon[5], wegen der gabligen Enden

---

[2] Jetzt auch auf der Maus. S. Anhang.

[3] DieseThatsache hängt auch, wie mich einschlägige, vergleichende Versuche seitdem gelehrt haben, mit einem gröfseren Feuchtigkeitsbedürfnisse von Favus II zusammen.

[4] Griseus = Apothekerlatein. Favus ravus (graugelb) wäre klassisch, aber weniger verständlich.

[5] Nicht zu verwechseln mit dichroon.

der Hyphen und die durch ihn erzeugte Krankheit: Favus sulfureus tardus, wegen der schwefelgelben Scutula und des langsamen Wachstums.

Der Pilz Favus III möge Achorion atakton heifsen, nach dem unregelmäfsigen Hyphenverlaufe, und die durch ihn erzeugte Hautkrankheit Favus sulfureus celerior nach der schwefelgelben Farbe der Scutula und dem etwas rascheren Wachstum.

Da wir voraussichtlich noch eine ganze Reihe schwefelgelber und vielleicht auch graugelber Favi kennen lernen, so werden wir aufser der Farbe bei der klinischen Bezeichung noch andere Symptome herbeiziehen müssen.

Ehe ich schliefse, meine Herren, erlauben Sie mir noch drei praktische und wirklich nicht unwichtige Bemerkungen.

Dafs eine relativ so einfach zu entscheidende Frage, wie die Einheit oder Vielheit der Favi, bereits so viel Staub aufgewirbelt hat und so verschieden beantwortet ist, liegt offenbar daran, dafs die bisherige Methodik noch principielle Fehler in sich schliefst. Einen solchen erblicke ich darin, dafs die Forscher, welche die Vielheit bezweifelten und kritisierten, garnicht den einfachsten und naheliegendsten Versuch angestellt haben, nämlich die fraglichen Favi nebeneinander auf denselben Boden zu impfen und zu vergleichen. Gewifs haben diese Skeptiker darin Recht, dafs jede kleine Abweichung im Nährboden schon merkbare kulturelle Differenzen hervorbringen, resp. ebensogut vorhandene Differenzen verwischen kann. Impft man mithin die Pilze nur nebeneinander auf verschiedene Gläser, so bleibt, selbst wenn die Gläser Nährboden einer Mache enthalten, immer noch der Vorwurf, dafs kleine Abweichungen, z. B. des Wassergehaltes an etwaigen kulturellen Differenzen Schuld sein können. Alle solche Gründe fallen ja aber vollständig fort, wenn man principiell, wie ich es thue, sobald die Frage der Identität sich aufwirft, die fraglichen Pilze nur noch neben einander auf dieselben Platten impft. Da ist sehr bald jeder Zweifel ausgeschlossen. Man kann dann auch die drei benachbarten Pilzrasen zusammen schneiden, färben und in einem Schnitt mikroskopisch untersuchen.

Alle Favusforscher, welche Reinkulturen besitzen und dieselben mit den meinigen vergleichen wollen, bitte ich daher, die letzteren neben den ihrigen nur durch Strich auf dieselbe Platte zu impfen, um sich von der Identität oder Nichtidentität mit absoluter Sicherheit alsbald zu überzeugen. Zu diesem Zwecke werden in Zukunft von meinem Laboratorium zunächst die beschriebenen drei Favi stets (zum Selbstkostenpreise) erhältlich sein. Benutzt man diese Identifizierungsmethode, so ist es ein Punkt von sekundärer Wichtigkeit, welchen festen Nährboden man anwendet. Denn auf fast allen guten Nährböden wird man bei wirklich verschiedenen Arten bestimmte, allerdings in den einzelnen Fällen wechselnde Unterschiede

wahrnehmen. Immerhin aber sind gewisse Nährböden mehr geeignet als andere, diese stets vorhandenen Differenzen makroskopisch deutlich hervortreten zu lassen. Es mag deshalb vielleicht für manche von Interesse sein, die Zusammensetzung des Nährbodens zu kennen, welchem ich für alle Favusarten seit längerer Zeit den Vorzug vor anderen gebe. Er hat folgende Zusammensetzung:

Agar	4 %
Pepton	1 %
Levulose	5 %
Kochsalz	½ %

Die Ihnen hier vorgezeigten Kulturen bestehen alle aus diesem Nährboden. Seine Herstellung erfordert allerdings wegen der hohen Procentuierung des Agars die Anwendung meines Dampftrichters und eine zweimalige Filtration durch denselben zu sicherer Sterilisierung. Dies ist der zweite praktische Punkt, den ich erwähnen wollte.

Der dritte betrifft die Herstellung von Reinkulturen des Favus. Dieselbe ist öfter schon als ziemlich schwierig hingestellt worden. Sie ist jedoch mit Hülfe der gewöhnlichen Regeln und eines speciellen Kunstgriffs eine relativ leichte, von jedem praktischen Arzte auszuführende Arbeit. Dieser Kunstgriff beruht auf der Wahrnehmung, dafs die meisten Kokken- und Bacillenarten, welche die Reinkultur des Favus stören könnten, eines nicht unerheblichen Wassergehaltes zum Wachstum bedürfen und ihr Wachstum auf sehr trockenem Boden bald einstellen, während die verschiedenen Favusarten auf trocknen Nährböden vortrefflich gedeihen. Die erste Regel zur Reinkultur der Favi ist daher, nur trockene Nährböden zu verwenden, und dieses erreicht man, indem man die Reagiergläser länger in der Wärme aufbewahrt, ehe man sie braucht, und besser noch, indem man von vornherein 3—4 % Agar zusetzt.[6] Impft man von Scutulis, so streicht man die aus der Mitte derselben entnommenen Partikel mit Strichen am oberen, trockneren Ende der Kultur ab. Impft man Haare, so sengt man deren Spitzen bis nahe zu den Wurzeln ab und überträgt die letzteren auf das trockene Ende der Röhrchen.

Ich habe es bei dieser Mafsregel letzthin nie mehr nötig gehabt, Platten zu giefsen. Wenn, was oft geschieht, Kokken oder Bacillen zugleich von den geimpften Teilen ausgehen, werden sie doch in einigen Tagen in der Wärme vollständig von Mycelien überwuchert, und wenn man nun nur vom Rande der Kultur abimpft, erhält man bei der zweiten Impfung bereits regelmäfsig Reinkulturen. Selbst von weither verschickten Scutulis habe ich auf diese Weise sofort Reinkulturen erhalten, z. B.

[6] Bei sehr unreinem Ausgangsmaterial thut man gut, den Agar nicht zu neutralisieren, sondern ganz schwach sauer zu lassen, weil die Favi auf solchem Nährboden das Kokkenwachstum noch leichter überwinden.

von holländischen und schottischen Favi. Auch hierüber mag mir noch eine praktische Bemerkung gestattet sein.

Die beste Art, um Favusmaterial kulturfähig aufzubewahren und eventuell zu versenden, ist nach meinen Erfahrungen die folgende. Man drückt ein gut klebendes Pflaster auf den kurzgeschorenen Favusfleck, nachdem derselbe tüchtig mit grüner Seife gewaschen oder sonst desinfiziert ist. Zieht man das Pflaster nach einiger Zeit wieder mit einem Rucke ab, so trägt es an seiner Unterseite einen Wald von Härchen, darunter viele pilzhaltige. Man klebt nun das Pflaster in den Deckel einer sterilisierten kleinen Blechdose, sodafs die Härchen frei herabhängen und schliefst die letztere. So trocken aufbewahrt, ist der Favus noch nach Wochen vollkommen kulturfähig. Alle feuchten Aufbewahrungsmethoden haben sich bei mir nicht so gut bewährt, da auch in den ausgezogenen Haaren alsdann die Kokken wuchern und die Mycelpilze zum Absterben bringen.

Anhang.

Seitdem ich obigen Vortrag in Halle gehalten, ist ein noch übrig gebliebenes Desiderat, nämlich die Erzeugung von Scutula durch Verimpfung des Favus sulfureus tardus auf unser Hauptfavustier, die Maus, gelungen. Die Verimpfung desselben Pilzes auf die unbehaarte Haut des erwachsenen Menschen hat dagegen zum achtenmale nur erythematöse Papeln an einigen Follikeln mit Schuppung hervorgerufen, die nach mehrwöchentlichem Bestande spontan abheilten. Nach dieser Richtung glaube ich die Versuche abschliefsen zu können. Auf der unbehaarten Haut des Erwachsenen ist diese Favusart nur im stande, eine kurzlebige, oberflächliche Erkrankung, einen sog. Favus herpeticus hervorzurufen. Natürlich ist sie deshalb doch für den Menschen auch eine echte Favusart; denn der Pilz wurde aus dem Favusscutulum eines Kinderkopfes gezüchtet. Er würde auf diesem Nährboden auch zweifellos wieder Scutula hervorbringen. Ich fühle mich aber nicht berufen, diesen Versuch zu machen, da es inzwischen geglückt ist, die denkbar schönsten Scutula mittelst desselben Favus auf der Maus zu erzeugen (siehe Abbild. im Text), welche die bis dahin nur bei Meerschweinchen hervorgerufenen an Schönheit und Gröfse weit überragen. Im Gegensatze zu dem graugelben, höckrigen Scutulum des Favus griseus und dem kleinen, schüsselförmigen, ockergelben des Favus sulfureus celerior hat dieses Scutulum eine weifsgelbliche Crèmefarbe, eine glatte, fein gefältelte Oberfläche und einen lederartigen Glanz, ist mithin schon durch diese Eigenheiten gut charakterisiert. Im vorliegenden Falle bildet das Scutulum eine etwa 50 Pfennigstück grofse Platte, welche die ganze rechte Seite des Mäusekopfes bedeckt und nach unten sogar überragt, und ist in drei Felder auseinandergebrochen, zwischen

denen nur wenige Härchen aus den Spalten hervorragen. Jedes Bruchstück bildet für sich ein napfförmiges Scutulum, dessen Ränder sanft ansteigen und dann scharf abgeschnitten aufhören, während das Centrum mit Ausnahme mannigfacher gröfserer und kleiner Buckel eingesunken ist.

Favus sulfureus tardus auf der Backe der Maus. 2/1.

Es wurde natürlich nicht versäumt, die Gegenprobe anzustellen. Kleine Partikelchen des Scutulums, der lebenden Maus entnommen, ergaben wieder Reinkulturen des Favus sulfureus tardus.

Es ist gewifs von Interesse, zu erfahren, dafs die Erzeugung dieses Scutulums mir auf einem anderen Wege geglückt ist, wie ich ihn bis dahin eingeschlagen hatte. Früher wurden graue Mäuse gewöhnlich am Nacken und den Ohren direkt mit Teilen einer Reinkultur mittelst Radierung geimpft, da ich die Beobachtung gemacht hatte, dafs weitaus die meisten mit Favus eingefangenen Mäuse ihre Scutula am Kopfe, den Ohren, der Schnauze und am Nacken trugen. Da das häufige Vorhandensein an der Schnauze es aber nahe legte, dafs die Überimpfung vielleicht auch beim Frefsakte geschähe, liefs ich in letzter Zeit die künstliche Impfung ganz fort und gab den Tieren nur die ganzen Agar-(Pepton-Levulose) Kulturen zu fressen. Sie vertilgten dieselben mit Begierde und gerade eine dergestalt mit Favus in Berührung gebrachte Maus war es, welche an der Schnauze vom Favus sulfureus tardus in der beschriebenen Weise befallen wurde, während die Impfungen mit diesem Pilze bis dahin nur Pilzkrusten, aber keine Scutula zu Wege gebracht hatten. Seitdem spare ich mir die Impfungen der Mäuse und gebe ihnen nur die alten Kulturen zu fressen. Ich kann dann allerdings weniger genau den Zeitpunkt der Inokulation bestimmen; dafür aber ist der Weg der Inokulation ein natürlicherer und

das Resultat durchweg ein sichreres. Aufserdem aber — und dieses erscheint mir ein Hauptvorzug der neuen Infektionsmanier — unterscheiden sich die Scutula auf den Backen der Mäuse sehr viel deutlicher und augenfälliger als an den mehr eintrocknenden der Ohren und des Nackens. Ich gebe deshalb hier noch kurz einige differentialdiagnostische Momente der Scutula meiner drei Favi auf den Backen der grauen Hausmaus:

Favus griseus
Scutulum ist mittelgrofs (etwa linsengrofs), dick, an der Oberfläche platt oder erhaben, nicht schüsselförmig vertieft, graugelb wie altes Waschleder, ohne Glanz und Glätte, überall von den feinen Haaren und Spürhaaren durchwachsen.

Favus sulfureus tardus
Scutulum wird sehr grofs, bedeckt die ganze Backe, ist dick, an der Oberfläche schüsselartig vertieft, mit kleinen Buckeln bedeckt, faltig, gelblichweifs, crèmefarben, lederartig glatt, stellenweise glänzend, die Haare zurückdrängend, nicht von ihnen durchwachsen.

Favus sulfureus celerior
Scutulum bleibt klein, etwa pfefferkorngrofs, ist an der Oberfläche schüsselförmig vertieft, glatt, doch ohne Glanz, an der Peripherie hell ockerfarben, nach der Mitte weifslicher, am umgekrempelten Rande hornartig braun, drängt die kleinen Haare zurück, während es von den Spürhaaren durchwachsen wird.

Wenn nun aber die Mäuse sich mit Favus hauptsächlich beim Fressen infizieren, wie gelangen sie in der Freiheit dazu, da doch in unserem Klima der Favus nicht im Freien gedeiht? Diese Dunkelheit hat sich auch, wie ich glaube, in letzter Zeit aufgehellt und zwar durch die Beobachtung, dafs die toten Favusmäuse von ihren Gefährten ebenfalls und zwar sehr gründlich vertilgt werden, sodafs meistens nur die Pfoten und Schwänze übrig bleiben. Man mufs sogar, da bei längerem Erkranktsein am Favus die Mäuse regelmäfsig zu Grunde gehen, schon die stark erkrankten Mäuse isolieren, wenn man ihrer Scutula nicht verlustig gehen will. Die Weiterverbreitung des Favus unter den Mäusen erklärt sich auf diesem Wege wohl leichter als auf dem des einfachen Kontaktes. Denn soweit meine Erfahrung über die spontane Übertragung (ohne Frefsakt) von einer Maus zur andern reicht, scheint dieses nicht so häufig vorzukommen, wie ich mir ursprünglich dachte. Wo es sich also darum handelt, eine bestimmte Favusart unter den Mäusen eines Käfigs (am besten eines mit Drahtnetz geschlossenen Glashafens) zu möglichster Verbreitung zu bringen, wird man immer gut thun, die älteren Kulturen mit als Futter zu verwenden.

Endlich habe ich noch nachzutragen, dafs ich von einer kürzlich im hiesigen zoologischen Garten gefangenen Maus auch den Favus sulfureus celerior in Reinkultur erhalten habe.

Die bisher von FRANK und mir beschriebenen drei Favusarten bilden somit alle drei auf Mäusen echte Scutula. Zwei von ihnen sind bisher schon bei freilebenden Mäusen gefunden worden.

Ein Fall von Acne varioliformis (HEBRA).

Von

Dr. LEVEN-Elberfeld.

Das Krankheitsbild der von HEBRA in seinem *Lehrbuch der Hautkrankheiten* beschriebenen Acne varioliformis ist in neuerer Zeit durch die Acne necrotica BOECK[1] in einigen Punkten erweitert und vervollständigt worden. Ob beide Krankheitsprozesse identisch sind, d. h. derselben Ursache ihre Entstehung verdanken, oder ob sie nur „nahe verwandte oder zusammengehörige Prozesse"[2] darstellen, ist zur Zeit mit Sicherheit noch nicht festzustellen; jedenfalls dient es zur Klärung der durch BOECK und weiterhin durch PICK angeregten Frage, weitere Beobachtungen über die ja immerhin seltene Affektion zur Kenntnis zu bringen. In dem Falle, von welchem ich hier berichten will, handelt es sich um einen sehr kräftig gebauten, in mittlerem Alter befindlichen Herrn. Derselbe acquirierte im Jahre 1881 eine Lues und machte eine kurze Schmierkur durch; 1882 folgte das erste Recidiv, nässende Papeln an Penis und Skrotum, 1885 zeigte sich ein papulo-squamöses Syphilid, daneben kamen in der Zwischenzeit sowie noch späterhin pustulöse Exantheme auf Brust und Rücken vor. Diese Symptome verschwanden nach einer fünfwöchentlichen Inunctionskur im Jahre 1888, nur das gleich zu beschreibende Exanthem, welches 1886 zuerst in die Erscheinung getreten war, blieb unverändert bestehen.

Wie gesagt, trat zuerst im Jahre 1886 ein Ausschlag im Gesicht, und zwar hauptsächlich an der Haargrenze der Stirn sowie an beiden Wangen auf, welcher zur Zeit noch in fast unveränderter Weise besteht. Es sind im Laufe der Jahre stets frische Pusteleruptionen aufgetreten, während die früheren mit Hinterlassung von flachen, runden, ganz den von Variola herrührenden gleichen Narben ausheilten, so dafs die Gesichtshaut derjenigen eines früher Blatternkranken gleicht. Auf den ersten Blick erinnert das Krankheitsbild unwillkürlich an ein oberflächliches pustulöses Syphilid, an die sogenannte Impetigo syphilitica, und bei den Antecedentien des Patienten liefs ich trotz des offenbaren Mifserfolges der Schmierkur im Jahre 1888 die Diagnose zunächst in der Schwebe und entrierte zur

[1] *Archiv f. Derm. u. Syph.* Jahrg. 1889. Heft I.

[2] PICK, Zur Kenntnis der Acne frontalis seu varioliformis (HEBRA), Acne frontalis necrotica (BOECK). *Archiv f. Derm. u. Syph.* Jahrg. 1889. Heft IV.

Sicherstellung derselben eine energische combinierte specifische Kur. (1 gr. 1% Lösung von Hg formam. und 4 gr. K I. pro die.)

Bevor ich auf den weiteren klinischen Verlauf der Erkrankung eingehe, möchte ich das Bild der Affektion selbst noch mit einigen Worten schildern; leider war es mir nicht möglich, eine Photographie aufzunehmen oder eine Zeichnung anfertigen zu lassen, da Patient jedes derartige Bemühen ängstlich zu verhindern suchte.

Auf Stirn und Wangen unregelmäfsig zerstreut finden sich eine grofse Anzahl frischer sowohl wie älterer Herde. Die ersteren kennzeichnen sich durch eine entzündliche Infiltration der Haut, durch welche dieselbe gespannt und zu einem kleinen Knötchen erhoben erscheint, auf dessen Spitze sich ein stecknadelkopfgrofser, gelblicher Schorf befindet. Weiterhin vergröfsert sich dieser Schorf, während die Spannung der Haut und deren Elevation nachläfst; zugleich geht die gelbliche Färbung immer mehr in ein deutliches Rotbraun über, bis sich zuletzt eine den ganzen Umfang der Infiltration einnehmende Borke ausbildet. — Damit ist der oben erwähnte ältere Herd gekennzeichnet. Die Borke haftet fest auf ihrer Unterlage und verschwindet erst unter leichter Abschuppung, wenn die Vernarbung unter ihr vollendet ist. Wenn so die verschiedenen Entwicklungsstadien durchlaufen sind, bleibt eine flache, runde, blatterähnliche Narbe zurück. Die übrige Haut des Gesichts ist von sonstigen Anzeichen einer Follikelerkrankung, von Acnepusteln gewöhnlicher Art, von Comedonen, frei: der behaarte Kopf ist von der Erkrankung gar nicht ergriffen.

Der ganze Prozefs besteht also makroskopisch in einer mit entzündlichen Erscheinungen einhergehenden knötchenförmigen Verdickung der Haut, bei welcher sich auf dem Niveau der entstandenen papulösen Efflorescenz zunächst ein kleiner gelblicher Schorf bemerkbar macht: während dieser gröfser wird, läfst dann der entzündliche Vorgang nach und unter Abstofsung einer nekrotischen Borke tritt Heilung ein. Dabei findet eine Zerstörung der obersten Hautschichten statt, welche die Narbenbildung bedingt und in klinischer Hinsicht ein scharfes Unterscheidungsmerkmal von ähnlichen Ekzemformen bildet.

Es war mir leider nicht möglich, ein Stück der erkrankten Haut zur mikroskopischen Untersuchung zu excidieren; es wäre mir sehr interessant gewesen, eine Nachprüfung der Pickschen Angaben vorzunehmen. Pick nimmt an, dafs es sich bei der Acne varioliformis um eine Neubildung von Epithel handelt, „welches alsbald einer eigenartigen Degeneration verfällt, verschorft, während sich, wenn diese Neubildung in die Tiefe gegriffen, in der Umgebung der epithelialen Neubildung eine kleinzellige Infiltration entwickelt und zur Narbenbildung führt".[3] Ob

[3] l. c. pag. 560.

es sich um eine primäre Neubildung von Epithelien handelt, ob der entzündliche Vorgang den Grund zur Epithelproliferation bildet, ob parasitäre Einflüsse dabei eine Rolle spielen, wie schon BOECK andeutet, das zu entscheiden, muſs noch späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben; jedenfalls erscheint es zweifellos, daſs ein komplizierterer pathologischer Vorgang, keine einfache Entzündung, vorliegt.

Der weitere Verlauf der Erkrankung bestätigte zunächst durch die völlige Wirkungslosigkeit der specifischen Therapie, daſs von einer syphilitischen Affektion keine Rede sein konnte; es fand sogar durch den Gebrauch des Jodkali eine durch schnell folgende Nachschübe deutlich bemerkbare Verschlimmerung statt. Patient wurde dann mit indifferenten Mitteln — Bismutzinksalbe — weiterbehandelt; die Intensität des Prozesses nahm dabei allmählich ab, indeſs treten noch immer einzelne neue Herde von Zeit zu Zeit auf, so daſs von einer völligen Heilung noch nicht die Rede sein kann. Eine schon früher eingeleitete Arsenbehandlung war gänzlich wirkungslos.

Daſs die Affektion der Acne varioliformis HEBRA entspricht, ist zweifellos, finden sich doch alle von diesem Autor gegebenen Charakteristika aufs deutlichste vor. Wir sehen das Knötchen, welches an der Spitze ein flaches, scheibenförmiges Krüstchen trägt; wir sehen, wie dieses den untergelagerten Teilen fest adhäriert und später unter das Niveau des Knötchens gelangt, so zwar, daſs der Rest des letzteren das centrale scheibenförmige Börkchen in Gestalt eines erhabenen Randes umgiebt; wir sehen endlich nach dem Abfallen der Borke die charakteristische vertiefte Narbe. Was andererseits die Acne necrotica BOECK betrifft, so hat der beschriebene Fall mit dieser nur die konstant sich einstellende Nekrose sowie das Aussehen der Narben gemein. Dagegen ist die Beschaffenheit der Knötchen, welche BOECK als Efflorescenzen von blaſs- oder weiſsgelbem, eigentümlich wachsartigem, ödematösem Aussehen beschreibt, in meinem Falle eine ganz andersartige, ebenso habe ich die von BOECK als besonders charakteristisch hervorgehobenen staubförmigen haemorrhagischen Pünktchen an den Knötchen nie bemerken können. Auch fehlte die Neigung der Krankheit, sich bei neuen Ausbrüchen in den alten Narben zu lokalisieren, gänzlich; es traten im Gegenteil die Nachschübe immer an bisher gesunden Hautpartien auf, sodaſs die Zahl der blatterähnlichen Narben immer gröſser wurde.

Bei der epikritischen Würdigung der vorliegenden Beobachtung nun glaube ich mich zu dem Schlusse berechtigt, daſs die von HEBRA unter dem Namen der Acne varioliformis „kurz und bündig" beschriebene Affektion von der Acne necrotica BOECKS klinisch zu trennen ist: eine Auffassung, bezüglich deren ich mich mit PICK in erfreulicher Übereinstimmung befinde. Ob nun beiden Erkrankungsformen das ätiologische

Moment gemeinsam ist, d. h. ob sie beide nur graduell verschiedene Formen derselben Krankheit vorstellen oder nicht, diese Frage zu erledigen, ist nicht eher möglich, als bis wir über die Ätiologie wenigstens einer Affektion unterrichtet sind. Und leider ist unsere Kenntnis hierin noch gleich Null.

Ebenso verhält es sich mit der Nomenklatur; man wird am besten thun, die beiden dem klinischen Bilde gut entsprechenden Namen beizubehalten, und sich nur vorsehen, der Verwechslung mit dem Bazinschen Begriff, welcher Autor ja leider mit der Bennung Acne varioliformis unser Molluscum contagiosum bezeichnet hat, zu verfallen.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die Anatomie der Variola- und Vaccinepustel.

Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Halle a. S.

Von

Dr. Th. Buri,
prakt. Arzt in Basel.

(Mit Tafel II.)

Während meines Aufenthaltes in der dermatologischen Klinik von Herrn Dr. Unna hatte ich Gelegenheit, eine gröfsere Zahl von Variolapusteln zu untersuchen.

Diese Pusteln stammten von zwei verschiedenen Epidemien her. Die einen hatte Herr Dr. Unna 1877 einer Leiche an verschiedenen Stellen des Körpers entnommen, die anderen sind im vorigen Jahre in München-Gladbach von Herrn Dr. von Sehlen mehreren Variolakranken in verschiedenen Stadien der Krankheit in vivo exstirpiert worden.

Es standen mir somit Pusteln verschiedener Körperstellen wie verschiedener Stadien zur Verfügung.

Die meisten Pusteln sind in Alkohol gehärtet und aufbewahrt worden, einige andere dagegen in Müllerscher Flüssigkeit oder in Osmium. Es zeigte sich, dafs diese letzteren Härtungsmethoden ungünstig auf die Tingibilität, besonders der Kerne, gewirkt hatten, ein Umstand, der für die Beantwortung gewisser Fragen zu beachten war.

Eingebettet habe ich die Präparate meist in Celloidin, zuweilen auch, wenn ich Serienschnitte haben wollte, in Paraffin.

Weigert hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dafs es zum Studium der Pocken unbedingt nötig ist, lückenlose Schnittreihen, besonders aber Mittelschnitte zu untersuchen. Die früheren Autoren, besonders Auspitz und Basch konnten im Aufbau von Pocken-Centrum und -Peripherie keinen Gegensatz finden. Sie glaubten, dafs die Peripherie dieselben Veränderungen durchmache wie das Centrum, nur etwas später. Sie fanden also nur zeitliche Unterschiede, keine örtlichen.

Weigert wies nun nach, dafs sich im Centrum ganz andere Prozesse abspielen, als an der Peripherie, und dafs es daher unumgänglich notwendig ist, möglichst centrale lückenlose Schnittserien zu erhalten.

Selbstverständlich richtete ich beim Schneiden der Präparate meine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt.

Als Färbemittel verwandte ich folgende:

Pikrocochenille,
Methylenblau,
Hämatoxylin,
saures Orcein zur Vorfärbung und Methylenblau oder Hämatoxylin zur Nachfärbung,
Ponceauorange.

Die besten Resultate glaube ich mit der von Dr. Unna angegebenen Orcein-Methylenblau-Doppelfärbung erhalten zu haben.[1] Die beiden Farben heben sich schön von einander ab, die Grenze von Cutis und Epidermis tritt, was nicht immer leicht zu erreichen ist, deutlich hervor, die elastischen Fasern färben sich so intensiv wie kaum bei einer anderen Methode und lassen sofort erkennen, ob die Cutis irgendwelche destruktive Veränderungen erlitten hat. Dabei verrät das Orcein die degenerierten Epithelien auf den ersten Blick, indem gesundes Epithel die alkalische Methylenblaufarbe, degeneriertes dagegen die saure Orceinfarbe annimmt.

Die mit Methylenblau gefärbten Präparate wurden nach der von Dr. Unna[2] angegebenen Kreosolmethode entfärbt.

Die so ungemein schwierige, bis jetzt eigentlich erfolglos bearbeitete Mikroorganismenfrage habe ich, als nicht zu meiner Aufgabe gehörig, nur beiläufig zum Gegenstand meiner Untersuchungen gemacht.

Litteratur.

Die ältere Variolalitteratur hat, soweit sie sich mit der Anatomie der Variolapustel befafst, für uns nur historisches Interesse. Ich kann sie daher hier füglich übergehen.

Gustav Simon war der erste, der den fächerigen Bau der Blatter erkannte und das Vorkommen einer unteren Delle erwähnte.

---

[1] Siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. No. 9. Unna: Notiz betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des elastischen Gewebes.

[2] Siehe Unnas Vortrag über Plasmazellen in den *Monatsh.* No. 7. Bd. XII. 1891.

Nach Bärensprung (*Die Hautkrankheiten.* 1854.) läuft der Pockenprozefs in drei bis vier Stadien ab.

Im ersten Stadium, dem der Hyperämie, sind die Papillen verlängert, die Gefäfse erweitert, das Rete ist verdickt, die Epidermis zur Papel erhoben.

Im zweiten oder Bläschenstadium quellen die Zellen des Rete Malpighii durch ein flüssiges Exsudat auf: am Rande bilden sie einen dicken Wall, während in der Mitte ihr Zusammenhang gelöst wird, so dafs sie zwischen Papillen und Hornschicht im Exsudate schwimmen.

Im dritten Stadium, dem der Pustel, wird der untere Teil des Rete durch Eiterung zerstört; es folgt nun:

entweder noch ein viertes Stadium des Pockengeschwüres oder sofort das der Abheilung.

Einen zelligen Bau kann Bärensprung im Einverständnis mit Hebra (*Handb. der speziellen Pathologie und Therapie.* 1862) nur an gröfseren, durch Konfluenz mehrerer kleinerer Pusteln entstandenen Blattern gelten lassen.

Auspitz und Basch (*Virchows Archiv.* Bd. XXVIII.) gaben eine ganz vorzügliche Beschreibung der Blatter. Leider haben sie nicht centrale Schnitte vor sich gehabt, ihre Abbildungen wenigstens stammen von lateralen Schnitten her. Nach diesen Autoren ist das Primäre ein Entzündungsprozefs mit Gefäfserweiterung, Zellneubildung in den Papillen und Anschwellung der Zellen des Rete zur Papel.

Im zweiten Stadium, dem des Bläschens, bildet sich im Centrum des Knötchens ein Maschenwerk aus alten abgeplatteten Zellen des Rete, in dessen Maschenräumen in Flüssigkeit suspendierte Zellen sich finden.

3. Das Maschenwerk dehnt sich nach abwärts aus; durch Zunahme der Zellneubildung entsteht die Pustel.

4. Der Entzündungsprozefs schliefst ab mit der Abkapselung der Pustel und Neubildung der Epidermis unter derselben.

Rindfleisch (*Lehrbuch der patholog. Gewebelehre.* 1871.) läfst den Pockenprozefs mit einer umschriebenen parenchymatösen Entzündung in den mittleren Zelllagen der Epidermis als Papel beginnen.

Im Stadium der Umwandlung der Papel in das Bläschen erfolgt eine seröse Infiltration der Epidermis vom Papillarkörper aus. Die Flüssigkeit drängt sich zwischen die Lamellen der Schleimschichte, schiebt sie aus einander und zwingt sie, aus der horizontalen in eine vertikale oder schräge Stellung überzugehen. Dadurch wird der obere Teil der Pocke, die Pockenhaube, in ihrem Innern gefächert.

Aus angeschwellten Zellen der tieferen Schichten des Rete gehen nun Eiterzellen hervor und füllen die Fächer statt mit Lymphe mit Eiter; es entsteht die Pustel. Zuletzt kommt es zur Eintrocknung und Abheilung

oder weiter noch zur katarrhalischen oder diphteritischen Eiterbildung im Papillarkörper mit oder ohne Einschmelzung der Papillen und dementsprechend mit oder ohne Narbenbildung.

Luginbuhl (*Der Mikrokokkus der Variola.* Arbeiten aus dem Berner pathologischen Institut, herausgegeben von Klebs. 1870/71) machte besonders auf das Vorkommen vielkerniger Riesenzellen aufmerksam.

Weigert führte in seiner berühmten Arbeit (*Die Pockenefflorescenz der äufseren Haut.* 1874.) ein neues Moment in die Betrachtung ein. Während die früheren Autoren, besonders Auspitz und Basch, nach ihnen auch Rindfleisch den Pockenprozefs mit einer Entzündung beginnen lassen, soll nach Weigert durch den Eintritt des Pockengiftes zunächst eine primäre Zellnekrose ohne Entzündung, Schwellung und Kompression zu stande kommen. Es entstehen aus den Stachelzellen primäre Anhäufungen kernloser Schollen, nekrotischer Massen, die Weigert diphteroide Herde nennt.

Diese Herde sind somit nach Weigert das Primäre und Charakteristische für den Pockenprozefs; sie bestimmen den architektonischen Aufbau der Pocke; alles andere, Eiterung, Höhlenbildung, Proliferation der seitlichen Partien ist nur sekundärer Natur, hervorgerufen durch den Reiz, den die nekrotischen Massen auf ihre Umgebung ausüben.

Weigert unterscheidet demnach ein

1. Stadium der primären Zellnekrose und ein
2. Stadium der Reizwirkung, bestehend in
   a. Austritt von Pockenlymphe,
   b. Wucherungserscheinungen an den Zellen der Stachelschichte,
   c. Eiterung.

Nach Weigert vertrat Unna (in *Virchows Archiv.* Bd. 69) eine andere Meinung. Er untersuchte damals nur Pocken der Fufssohle, die wahrscheinlich eine gröfsere Abweichung von anderen Pocken zeigen. Unna kam wieder zur alten Ansicht zurück; er fand nämlich ein erstes Stadium, in dem er nur entzündliche Schwellung der Epithelien konstatieren konnte wie Auspitz und Basch, nur sollten nach Unna hauptsächlich die, wie es schien, noch lebenskräftigen Zellen des Stratum lucidum sich am Wucherungsprozefs beteiligen. Der letztere führte zur Bildung des für die Pocke charakteristischen soliden Pockenkörpers.

Weigert hielt dafür, dafs Unna bereits einen Abkapselungsprozefs vor sich gehabt habe. Unna hält übrigens heute nicht mehr an seiner damals geschilderten Auffassung der Entstehungsweise der Pocke fest. — Die von ihm für Bilder eines primären papulösen Stadiums gehaltenen Schnitte fallen in den Bereich des an der Fufssohle sehr stark ausgebildeten Walles ödematöser Epithelien. Sein Pockenkörper existiert also

nicht zeitlich vor der Pockenhöhle der Fufssohle, sondern konstant an der Peripherie derselben.

Weigert hat bis jetzt für seine Auffassung keine Anhänger gefunden. Auch Touton spricht sich in seinen *vergleichenden Untersuchungen über die Entwickelung von Blasen in der Epidermis* (1882) entschieden gegen Weigert aus. Er konnte Weigerts homogene kernlose Schollen nur vereinzelt und durchaus nicht in allen Fällen nachweisen.

Renaut (*Nouvelles recherches anatomiques sur la prépustulation et les pustulations varioliques* in den *Annales de derm. et de syph.* 1881. pag. 1) unterscheidet folgende Perioden:

1. Die Periode der Papulation, charakterisiert durch kongestive Schwellung, leichtes seröses Ödem der Cutis.

2. Die Periode der Prépustulation, charakterisiert durch trübe Schwellung der tiefen Lagen der Stachelschicht und vesikulöse Umwandlung der Zellen in den oberen seitlichen Lagen. Bildung eines Netzwerks.

3. Die Bläschenbildung, charakterisiert durch Eintritt von zellfreiem Blutplasma in das vorgebildete Netzwerk.

4. Pustulation, charakterisiert durch Zerstörung der Couche génératrice, kongestive und entzündliche Infiltration der Cutis, Eintritt von leukocytenhaltigem Plasma ins Netzwerk.

Ebstein (*Virchows Archiv.* Bd. 34) schliefst sich in Bezug auf die Entstehungsweise des Reticulums Auspitz und Basch an. Er erklärt die Bildung der stärkeren Balken, die von dem interpapillären Raume zur Hornschicht ziehen, folgendermafsen:

Das aus den Gefäfsen der Papillen exsudierte Serum wird durch die Hornschicht aufgehalten. Es zerstört oder erweitert zunächst die oberflächlichen Zellen des Rete dicht unter der Hornschicht, später auch die tiefer gelegenen Zellen. Die interpapillären Zellen bleiben lange unversehrt und bilden die Balken, Ebsteinsche Fächer.

Henri Leloir giebt von seiner vortrefflichen Arbeit, *Contributions à l'étude de la formation des pustules et des vésicules sur la peau et les muqueuses* (*Archives de physiologie.* 1880) folgendes Résumé:

Der Prozefs geht im Rete Malpighii und in der Körnerzellenschicht vor sich, besonders aber in den mittleren Lagen der Stachelschicht. Vom Beginn des papulösen Stadiums an enthält die Epidermis Flüssigkeit.

Papulöses Stadium.

Die Veränderung beginnt mit der Bildung einer hellen Zone zwischen Kern und Protoplasma, die allmählig gröfser wird und sich weder mit Karmin noch mit Hämotoxylin färbt.

Der Kern, weit davon entfernt, zuerst zu verschwinden, bleibt oft in der Mitte dieser Höhle intakt, färbt sich stark mit Karmin und schliefslich

sieht man in einzelnen Fällen den Kern verschwinden, es bleibt im Centrum der Zelle nichts als ein grofser, ungefärbter heller Raum mit gefärbten Kernfragmenten und einer feinen granulösen Substanz. In diesem ersten Stadium der Alteration bleiben die Stacheln der Zellen im allgemeinen intakt, obschon die letzteren vergröfsert sind. Das Protoplasma hat sein gekörntes Aussehen behalten, es hat nur durch die Ausdehnung der perinuclearen Höhle an Ausdehnung eingebüfst. Die papulöse Erhebung rührt von der evidenten Zellproliferation (die nicht gestattet, einen nekrotiatischen Prozefs hier anzunehmen), der Zunahme des Umfangs der Stachelzellen und von der entzündlichen Hypertrophie der Papillen her.

Bläschenstadium.

Wenn es zur Bläschenbildung kommt, nimmt diese perinukläre Höhle noch mehr zu, das primäre Retikulum verschwindet, das Randprotoplasma wird schmäler, verliert das gekörnte Aussehen.

Von dem Augenblick an bieten die verschiedenen alterierten Epithelzellen den Anblick eines Netzwerkes dar.

Diese Veränderung ist charakterisiert:

1. Durch die beträchtliche Vermehrung der perinuklären Höhle.

2. Durch die grofse Verschmälerung des Protoplasmas, das nur noch einen dünnen, mit Karmin rot gefärbten Rand darstellt, von fibrillärem Aussehen.

3. Durch das Verschwinden der Stacheln der Stachelzellen, die das Aussehen von vegetabilischen Zellen gewinnen. So bildet sich im Rete Malpighi ein primäres Retikulum mit mehr oder weniger breiten Maschen, Kerne von verschiedener Zahl enthaltend.

In einem noch mehr vorgerückten Stadium der Bläschenperiode reifsen die Maschen des Netzwerkes ein. Die Alveolen öffnen sich ineinander.

So bilden sich kleine Höhlen, die sich mit Eiterzellen füllen, wahre kleine Eiterherde, kleine intraepidermale Abscesse, zuweilen in den oberflächlichen Lagen der Epidermis gelegen. Diese Höhlen öffnen sich dann in einander, die Hornschicht der Epidermis widersteht und wird durch die Flüssigkeiten und den Eiter, die die Höhlen erfüllen, emporgehoben, die Pustel ist gebildet.

Aufser dem Eiter und der Flüssigkeit, die aus den Papillen stammen, findet sich vom Bläschenstadium an in den Maschen des epithelialen Netzwerkes ein noch viel feineres Netzwerk aus sehr feinen und zarten Fibrinfäden gebildet. Dieses Netzwerk zeigt sich auch zuweilen in den primären Höhlen.

Die spezifischen Veränderungen, welche der Pockenprozefs in der Haut hervorruft, lassen sich am besten an ganz jungen Efflorescenzen

studieren, weil bei ihnen das Bild noch nicht, wie es später der Fall ist, durch die Eiterzelleninfiltration verschleiert oder ganz verdeckt wird.

Eine solche Efflorescenz vom zweiten oder dritten Tage präsentiert sich makroskopisch als eine kleine, flache, wenig über die umgebende Haut erhabene, ungedellte, scheinbar solide Papel von lebhaft roter Farbe; zuweilen ist sie von einem rosenroten Hof umgeben und geht allmählich in die gesunde Haut über.

Diesem klinischen Bilde einer soliden Papel entspricht nun aber durchaus nicht das histologische. Denn unter der dünnen Pockendecke finden wir bereits eine ganz ansehnliche Höhle oder, richtiger gesprochen, ein System von Höhlen; wir haben also keine solide Papel, sondern ein Flüssigkeit enthaltendes Bläschen vor uns.

Bei schwacher Vergrößerung erscheint unser Bläschen als ein Gebilde, das annähernd die Gestalt einer plankonvexen Linse mit abgestumpften Kanten, seltener die einer bikonvexen Linse hat und das die Grenzen der Epidermis nirgends überschreitet.

Die im Centrum äußerst dünne, nach außen rasch dicker werdende Pockendecke zieht unversehrt über das ganze Bläschen weg.

Von der unteren Fläche dieser Decke spannen sich teils senkrecht, teils radiär angeordnete Stränge nach abwärts gegen den Pockengrund. Indem sie unter sich und mit den Zellen am Grunde und an den Seiten zahlreiche Verbindungen eingehen, bilden sie ein höchst kompliziertes Netz oder Maschenwerk, das ein System von Höhlen verschiedenen Kalibers in sich einschließt. Die Höhlen sind in unsern Präparaten teils ausgeschwemmt, leer, teils mit Fibringerinnsel, Wanderzellen oder eigenartig degenerierten Zellen, auf die wir noch besonders zu sprechen kommen, erfüllt. In vivo enthielten sie jedenfalls eine geringe Menge Flüssigkeit, die Pockenlymphe.

Den Pockengrund bilden die noch epithelbekleideten oder nackten, meist stark verlängerten, zuweilen aber auch abgeflachten Papillen der Cutis.

Seitlich wird das Bläschen durch einen mächtigen Wall ödematös geschwellter und stark proliferierender, daher auch in ihrer Zahl vermehrter Stachelzellen gegen die gesunde Haut abgegrenzt.

Die Cutis ist etwas ödematös geschwollen und mit Eiterzellen mehr oder weniger stark durchsetzt; ihre Blut- und Lymphgefäße sind erweitert; sonst zeigt sie aber keine Abweichungen vom normalen Verhalten.

Wir unterscheiden somit an den Bläschen:

die Pockendecke,
den Pockengrund,
die seitlichen Wangen oder den seitlichen Epithelwall,
das Maschenwerk der Stränge,
die Pockenhöhle samt Inhalt.

Gehen wir nun näher auf die Einzelheiten ein.

Die Pockendecke

wird von allen drei Schichten der Epidermis geliefert. Im Centrum meist äufserst dünn, nimmt sie nach aufsen rasch an Mächtigkeit zu.

Die Hornschicht zieht in dieser Periode in annähernd überall gleicher Stärke über die ganze Pocke weg. Oft ist sie auch im Centrum der Decke etwas dünner als am Rande, in anderen selteneren Fällen, besonders aber dann, wenn im Centrum der Höhle ausnahmsweise starke Stränge senkrecht nach abwärts ziehen, eher dicker als peripher.

Während im Centrum der Decke Körnerzellen kaum oder gar nicht mehr zu erkennen sind, baut sich die Körnerschicht peripher in der Gegend des Epithelwalles aus 6 bis 8 Lagen gekörnter Zellen auf.

Die Stachelschicht ist central auf 2 bis 3 ganz dünne Lagen komprimierter horizontal gestellter Zellen reduziert. Dicht darunter finden sich schon die erwähnten Höhlen. Nach aufsen vom Centrum nimmt die Stachelschicht an Höhe zu und bildet hier den Hauptanteil der Decke, während im Centrum manchmal die Hornschicht die Stachelschicht an Höhe übertrifft. Ihre Zellen sind hier ebenfalls komprimiert, horizontal geschichtet, ihr Panzer ist nirgends zu erkennen.

Peripher geht die Stachelschicht der Decke allmählig in den seitlichen Wall über.

Epithelstränge.

Von der unteren Fläche der Decke ziehen nun, wie soeben geschildert wurde, verschieden dicke Stränge teils senkrecht nach abwärts, teils radiär gegen den Pockengrund. Einzelne Stränge scheinen in den Höhlen frei zu enden.

Diese Stränge entstehen offenbar zum grofsen Teil durch Kompression der Stachelzellen, denn sie nehmen die Färbung derselben an und lassen teilweise noch ganz deutliche Kerne erkennen; aufserdem sieht man, wie sie aus den Stachelzellen entspringen und wieder in solche des Grundes übergehen. Dafs sie durch Kompression entstehen, kann man besonders schön an einem meiner Präparate erkennen. Da haben die Stränge eine völlig konzentrische Richtung angenommen, sie bilden förmliche Kreise um einen Mittelpunkt, der etwas höher als das Pockencentrum liegen mag. Es sieht so aus, als ob von diesem Punkte aus ein nach allen Seiten gleichmäfsiger Druck ausgeübt worden wäre. So verlaufen denn auch die senkrecht auf diese Druckrichtung komprimierten, abgeflachten Zellen an der Decke und am Grunde horizontal, seitlich in bogenförmigen, nach aufsen konvexen Linien.

Die Stränge sind jedoch keineswegs oder nicht immer verhornt, wie Weigert angiebt. Sie nehmen bei Pikrokocchinillefärbung die rote

Färbung an und nicht die gelbe der Hornsubstanz[3], auch kann man nirgends Spuren von Keratohyalin in ihnen nachweisen. Noch weniger aber bestehen sie aus völlig nekrotischen Massen, aus WEIGERTS kernlosen Schollen, dagegen spricht wiederum ihre Rotfärbung durch Pikrokocchinille, dagegen auch das deutliche Hervortreten der Kerne. Die Elemente, besonders der dickeren Stränge, haben oft noch alle Charaktere von Zellen bewahrt.

Sie sind eben durch Kompression von seiten der quellenden Nachbarzellen aus Stachelzellen hervorgegangen und vorläufig bewahrt vor dem Untergange durch Degeneration.

Die Stränge verbinden, wie gesagt, Pockendecke mit dem Pockengrunde. Sie gehen aber auch unter sich und mit den Zellen des seitlichen Walles zahlreiche Verbindungen ein, so dafs ein äufserst kompliziertes Netzwerk entsteht, das eigentlich bei jeder Pocke und fast jedem Schnitte wieder ein anderes Bild darbietet.

Im allgemeinen kann man es als ein fächerförmiges bezeichnen, wobei die Spitze des Fächers im Centrum des Pockengrundes zu suchen wäre. Aber es giebt auch gänzlich andere Bilder. So hat bei dem schon oben erwähnten Präparate, das jedenfalls aus ganz früher Zeit stammt, das Fachwerk eine konzentrische Schichtung erhalten. Die Stränge der einen Seite verbinden sich mit den von der anderen Seite kommenden, völlige Kreise bildend. Da jedoch dies Präparat auch sonst manches von den gewöhnlichen Bildern abweichende bietet, will ich auf diesen Befund kein besonderes Gewicht legen.

Bei einzelnen Pocken finden wir im Centrum ganz besonders dicke und zahlreiche Stränge fast senkrecht zum Pockengrund ziehen. Obschon solche Pocken in so früher Periode noch gänzlich ungedellt erscheinen, glaube ich doch annehmen zu dürfen, dafs gerade sie in späterer Zeit eine Delle erhalten hätten.

Wie kommt es nun, dafs gerade hier im Centrum der Pocke das Epithel so stark von allen Seiten komprimiert wird, dafs gewissermafsen eine centrale Epithelsäule der Degeneration entgeht?

Jedenfalls bestehen diese centralen Epithelsäulen nicht (bei meinen Präparaten wenigstens nicht) aus WEIGERTS kernlosen Schollen. Denn gerade in ihnen finde ich noch sehr schön erhaltene Kerne und gut tingible Zellen in grofser Menge. Es entstehen die Säulen also keineswegs durch rapid auftretende Nekrose, sondern nur durch Kompression. Vermutlich bilden komprimierte Knäuelgänge den Kern dieser Säulen, wenigstens sind in einem vorliegenden Vaccinepräparat in der

[3] Die nach Dr. UNNAS Angabe verfertigte Pikrokocchinille färbt Hornsubstanzen niemals rot wie manche Pikrokarminlösungen es thun.

That Knäuelgänge als isolierte Säulen innerhalb der Vaccinepustel stehen geblieben.

Aufser diesen zweifellos durch Kompression entstandenen Strängen finden sich noch Septa dritter und vierter Ordnung, feine Fäden, die wahrscheinlich nicht einer Kompression, sondern einer eigenartigen Degeneration ihre Entstehung verdanken.

Die Stränge und Septa schliefsen ein höchst kompliziertes System von Höhlen ein, offenbar das Werk degenerativer Prozesse, welche sich verschieden abspielen, je nachdem sie am Pockengrunde oder an der Decke in Thätigkeit treten.

In den höchsten und mittleren Regionen der Pocke, zumal dicht unter der Decke, treffen wir einen degenerativen Modus, dem UNNA den Namen Retikulierende Degeneration gegeben hat. Sie entspricht wohl zum gröfsten Teil der Altération cavitaire von LELOIR,[4] drückt aber den Vorgang in präciserer Weise aus.

Derselbe ist dabei ungefähr folgender.

Zunächst hellt sich das Protoplasma der Zellen auf, wird weniger tingibel, Kern und Panzer bleiben zunächst deutlich erkennbar. Bei einzelnen Zellen zieht sich das Protoplasma etwas vom Kerne zurück, so dafs eine deutliche Kernhöhle entsteht, bei anderen findet dies nicht statt. Nun quillt die Zelle in toto hydropisch auf, ihre Stachelkontur verschwindet, ihr Protoplasma wird durch das Ödem in ein netzförmiges, feinkörniges und fädiges Gerüst auseinander gesprengt. Feine Fäden verbinden zuweilen noch den Kern mit der dichteren Hülle. Nun beginnen die Kerne zu schrumpfen, sie werden ebenfalls weniger tingibel, und wenn nun das Ödem noch mehr zunimmt, reifst die dünn gewordene Hülle der enorm aufgeblähten Zelle ein, es entsteht eine kleinste mit Fibringerinnsel und Kernresten erfüllte Höhle. Durch Einreifsen der Septa zwischen den so aus einzelnen Zellen entstandenen kleinsten Höhlen bilden sich immer gröfsere, immer mehr in die Tiefe und Breite greifende Kavernen. — Dafs die Epithelien zeitlich nach und nach die eben beschriebenen Veränderungen durchmachen, kann man daraus schliefsen, dafs sie auch örtlich nebeneinander die nämlichen Bilder darbieten.

(Fortsetzung folgt.)

[4] *Archives de physiologie.* 1860.

Korrespondenz.

Honolulu, September 1891.

(Brief von Dr. Adolf Lutz.[1])

Bei der Häufigkeit von Lepra und Syphilis kann man hier natürlich sehr leicht beide Krankheiten auf einem Individuum beobachten. Dabei ist die Lepra entweder zuerst oder — was häufiger ist — zuletzt aufgetreten. Immer aber sind beide Krankheiten scharf getrennt und eine Verwechslung für den Kundigen fast ausgeschlossen. Die Theorie, dafs

sich eine Affektion aus der anderen entwickeln könne, ist von Leuten ausgegangen, welchen weder die eine, noch die andere Krankheit in ihren Symptomen recht geläufig war und die zum Teil weder nach Bildung, noch nach ihrer Weise zu denken und Schlüsse zu ziehen auf Wissenschaftlichkeit Anspruch erheben konnten. Dafs solche Irrlehren noch heutzutage von guten wissenschaftlichen Zeitungen ohne jeden Kommentar für baare Münze gegeben werden, ist sehr bedauerlich.

[1] Fortsetzung von S. 490 in No. 11 des XIII. Bandes.

Ich sende Ihnen anbei die Photographie eines 13jährigen Kanakerjungen, bei dem die Erscheinungen der Lepra und Syphilis gleich gut zu sehen sind. Auf den Vorderarmen, an den Ohren und im Gesicht sieht man deutlich einige grofse Knoten, die — eine sehr seltene Erscheinung — zum Teil ringförmig angeordnet sind. Dabei besteht eine lepröse (nicht syphilitische) Sattelnase mit ulcerösen Prozessen. Aus der Gröfse der keineswegs frisch aussehenden Eruption sowie der Zerstörungen in der Nase kann man leicht sehen, dafs die Erkrankung schon lange dauert, was auch durch die Anamnese bestätigt wird. Bei der Untersuchung fielen mir die ausgeprägten Plaques muqueuses an den Mundwinkeln auf und liefsen mich eine frische Infektion vermuten. Da der Junge noch nicht puber war, suchte ich zuerst nach den Spuren eines extragenitalen Primäraffektes; diese fanden sich indessen nicht, wohl aber entdeckte ich bald inguinale Adeniten und eine regelrechte ausgedehnte Initialsklerose am Präputium, über deren Entstehung ich denn auch nachträglich befriedigende Auskunft erhielt. In diesem Falle ist zweifellos die Syphilis bei bereits florider Lepra eingeimpft worden.

Die weifsen Flecke, welche auf der Photographie an Brust und Hals sichtbar sind, haben weder mit Syphilis noch mit Lepra etwas zu thun, sondern gehören der später noch zu besprechenden Pityriasis versicolor an, wie auch mikroskopisch bestätigt wurde. Die parallelen Streifen an der linken Seite des Thorax sind Narben, von einer Verletzung herrührend, welche der Junge beim Schwimmen in der Brandung acquirierte."

Die Kombination von Lepra und Tuberkulose habe ich nicht so häufig beobachtet; auch ist hier eine Differentialdiagnose nicht selten erschwert. Wiederholt sah ich bei leichteren Leprafällen Lymphdrüsenaffektionen, welche nach ihrem ganzen Verhalten nicht als lepröse, sondern als skrophulöse angesehen werden mufsten. In einem Falle schien eine Mischinfektion derselben Drüse zu bestehen. Es handelte sich um ein kleines Mädchen, welches nur wenige Symptome von Lepra darbot, nämlich zwei pigmentarme Flecke mit herabgesetzter Sensibilität, Kontraktur des einen kleinen Fingers und eine Augenaffektion. (Dieselbe sieht der skrophulösen Randkeratitis sehr ähnlich, nimmt aber einen viel chronischeren Verlauf und hinterläfst eine Pigmentierung, welche noch lange nach Ablauf des Prozesses bestehen bleibt; sie verdient gekannt zu sein, weil sie namentlich im Beginn der Krankheit recht häufig ist und unter Umständen jahrelang das einzige Symptom einer bestehenden Leprainfektion bleibt). Patientin machte mittelschwere Masern durch, während deren ich beobachtete, dafs das Exanthem auf den pigmentarmen Stellen erst 24 Stunden später auftrat als auf der übrigen Haut; einige Zeit nachher bildete sich zwischen Ohr- und Kieferwinkel ein Drüsenabscefs mit den klinischen Charakteren einer skrophulösen Lymphadenitis. In dem Eiter

wurden anfangs Bacillen gefunden, welche nach Zahl und Anordnung auf Lepra bezogen werden mufsten; später verschwanden dieselben, während um die Fistel fungöse Granulationen auftraten, auch Infiltration und Sekretion noch lange fortdauerten. Offenbar hatte die Drüse, schon bevor sie abscedierte und während noch keine deutliche Vergröfserung bestand, aus dem erkrankten Gebiete Bacillen aufgenommen, wie ich ähnliches schon früher beobachtete. Dagegen gehört die eitrige Adenitis entschieden nicht zum klinischen Bilde leichter und unkomplizierter Leprafälle.

Chronische Peritonitis habe ich zweimal in Begleitung von Lepra maculosa beobachtet; der eine Fall betraf ein Kind, bei dem die leprösen Erscheinungen sehr gering waren und wo alles für tuberkulöse Natur des Prozesses sprach, der andere einen Erwachsenen mit ziemlich ausgebreiteter Fleckenlepra, aber ohne ernstere Läsionen. Das Exsudat war serös und es bestanden ausgedehnte Verwachsungen, wie ich zuerst aus der Verteilung des Ergusses erkannte. Später konnte ich es direkt fühlen, als ich bei dem Kranken einen Anus praeternaturalis anlegte, nachdem wahrscheinlich durch innere Incarceration plötzlich Ileus aufgetreten war. Die Operation, welche leider erst zu spät vorgenommen werden konnte, rettete den Kranken nicht, und da eine Sektion nicht vorgenommen wurde, bleibt der Fall, welcher zudem noch durch Syphilis und Alkoholismus kompliziert war, ätiologisch unaufgeklärt.

Bei einer Kranken sah ich Lepra leichten Grades mit Skrophuloderma von Hals und Brust vergesellschaftet.

Tuberkulose der Lunge habe ich bei keinem meiner hiesigen Leprakranken konstatieren können; ebensowenig, als eine lepröse Affektion derselben. Dagegen bot ein älterer Mann mit leprösen Kontrakturen alle Zeichen eines Neoplasma der rechten Lunge, während Lepra- und Tuberkulose schon durch das konstante Fehlen von Bacillen im Sputum auszuschliefsen war.

Bei einem der Kranken in Molokai sah ich auch Cancroid der Wange auf dem Boden tuberöser Lepra; es ist dies der einzige Fall, der mir bisher vorgekommen ist; jedenfalls ist diese Komplikation bei Lepra weit seltener als bei Lupus.

Bevor ich von der Lepra Abschied nehme, möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dafs man mit demselben Recht, wie man von Syphilidophobie spricht, auch eine Leprophobie unterscheiden kann. Dieselbe wird in Lepraländern gar nicht selten getroffen und zeigt alle Abstufungen von einer übertriebenen aber nicht grundlosen Ängstlichkeit bis zu einer unausrottbaren hypochondrischen fixen Idee. Gerade bei dieser Krankheit, welche so oft mit unscheinbaren und mehr subjektiven Erscheinungen beginnt, ist für den Arzt die Gefahr, irre geführt zu werden, besonders grofs, denn der Patient ist öfters mit den Symptomen aus

Büchern oder sonstwie vertraut und glaubt sie alle an sich selbst beobachtet zu haben. Meist ist der Kranke allerdings auch nicht geneigt, eines besseren belehrt zu werden oder kommt doch wenigstens sehr bald wieder auf seinen Wahn zurück. Die gröfsere Aufmerksamkeit, welche neuerdings die Presse dieser Krankheit schenkt, kann nur dazu beitragen, die Zahl solcher Patienten zu vermehren.

Leider hat diese Aufmerksamkeit bisher nur sehr wenig Gutes zu Tage gefördert und der Weizen der gediegenen Beobachtungen wird von dem Unkraute kritikloser Publikationen vollständig überwuchert. Neuerdings haben sich auch die Geheimmittelschwindler der Frage bemächtigt; längere Zeit hindurch habe ich beinahe mit jeder Post von irgend einem solchen die Mitteilung erhalten, dafs es ihm geglückt sei, das wahre Heilmittel für Lepra zu finden; auch weniger eigennützige medizinische Dilettanten befinden sich in demselben Wahne und beide Teile glauben gewöhnlich durch Einstreuung einiger religiöser Phrasen ihre Anerbieten unwiderstehlich zu machen. Obgleich die meisten dieser Leute niemals einen Leprakranken gesehen haben, finden sie doch Leichtgläubige genug; haben sich doch selbst in Honolulu ein Minister des Innern und ein Bischof der anglikanischen Kirche zusammengethan, um die Lepra mit Elektrohomöopathie zu kurieren.

Im Anschlusse an Lepra und Syphilis will ich noch einer Affektion erwähnen, welche ich hier wiederholt, sowohl bei Eingeborenen, als bei Fremden beobachtet habe; die mitgesandte Photographie illustriert einen sehr prägnanten Fall derselben. Die Träger waren zum Teil leprös, zum Teil nicht, aber alle der Syphilis mehr oder weniger dringend verdächtig. Es handelt sich um Tumoren, welche stets nahe an einem Knochen und meist in der Gegend eines Gelenkes gefunden wurden. Ihre Konsistenz ist derart, dafs man an Chondrome denken kann, während sie sich von Exostosen dadurch unterscheiden, dafs sie nicht kontinuierlich mit dem Knochen zusammenhängen. Diese Tumoren bilden sich unter Jodkaliumbehandlung zuweilen vollkommen, häufiger nur gröfserenteils zurück — übrigens nicht ganz mit der Geschwindigkeit eines gewöhnlichen Gummas. Bei dem Originale des Bildes exstirpierte ich, nachdem die Wirkung des Jodkaliums sich erschöpft hatte, die zurückgebliebenen Reste der Geschwülste an den Ellbogen und fand weifse, sehnige, mit der Umgebung fest verwachsene Bindegewebstumoren. Dasselbe fand ich bei dem Kinde des Patienten, bei welchem ein ähnlicher Tumor an einer Rippe durch Ulceration der darüber liegenden Weichteile blofsgelegt war; daneben bestand ein kachektischer Zustand mit Symptomen kongenitaler Syphilis, während der Vater einen unverkennbar leprösen Erythemfleck zeigte. Andere Fälle, bei denen zweifellos dieselbe Affektion vorlag, zeigten die Tumoren an Hüfte, Handteller, Vorderarm und Fingern; sie waren meist kleiner und jüngeren Datums.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. November 1891.

Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Rosenthal: Krankenvorstellung. Der Patient ist ein Arbeiter von 42 Jahren, der im Jahre 1879 einen Gelenkrheumatismus, angeblich mit häufigen Recidiven, durchgemacht hat. Im Februar d. J. trat ein starkes Recidiv ein, das zu einer gewissen Steifigkeit des Nackens führte. Nach hinten und rechts war die Bewegung des Kopfes beschränkt, auch in den Ellenbeugen war ein geringer Grad von Ankylose. Seit 9 Wochen besteht das Hautleiden, es zeigte sich damals eine Anzahl polymorpher Eruptionen. Es bestanden zum Teil kleine rötliche, linsengrofse Papeln, auf denen man einzelne helle Bläschen sah, zum gröfsten Teil aber waren am Stamm und den obern Extremitäten serpiginöse Linien sichtbar, deren innerer Rand bläuliche, deren äufserer zinnoberrote Farben zeigte. Diese serpiginösen Linien waren zum Teil mit Bläschen bedeckt. Es bestanden entweder eine Reihe von Bläschen nebeneinander oder einzelne solitäre kleine Bläschen. Im Verlauf der Wochen hat sich während der Beobachtung das Bild insofern geändert, als der gröfsere Teil der

Bläschen verschwunden, teils unter Schorfbildung, zum Teil wurden kleine serpiginöse Linsen in Haufen sichtbar. Aber es traten immer noch einzelne Nachschübe auf, so dafs man immer neue kleine Bläschen entdecken konnte. Neben dieser Affektion bestand eine solche der Mund- und Nasenschleimhaut. Im Munde waren mehrfache Erosionen vorhanden, die die Ränder der Zungen- und Wangenschleimhaut einnahmen und linsengrofse Trübungen des Epithels verursachten. Auf der Schleimhaut stellte sich derselbe Prozefs wie auf der äufsern Haut dar. Auch in der Nase waren diese Erscheinungen, aber nicht so deutlich vorhanden. Hier konnten kleinere Schorfe gesehen werden und wie auf der Mundschleimhaut einzelne graue Trübungen. Auch hier haben Nachschübe stattgefunden. Nebenbei bestanden subjektive Erscheinungen von Seiten des Patienten. Jucken des Körpers, besonders an den Hand- und Fufssohlen, dasselbe war abends und in der Nacht so stark, dafs der Schlaf zeitweise geraubt wurde. Was nun die Diagnose des Falles anbetrifft, so möchte R. ihn nach den Ansichten der Hebraschen Schule in die Gruppe des **Erythema exsudativum multiforme** einreihen und ihn als diejenige Affektion ausgeben, welche man als **Erythema gyratum vesiculosum** oder **Herpes Iris** bezeichnet hat, wenngleich in diesem Falle die eigentliche Kreis- und Irisform nicht direkt ausgesprochen war, sondern die serpiginösen Linien mit kleinen Bläschen hervortraten. Interessant ist die gleichzeitige Affektion der Mund- und Nasenschleimhaut und eine Affektion der Gelenke, die jahrelang vorausgegangen ist. Es stimmt das mit dem Bilde des Erythema exsudativum multiforme überein, wo vielfach Gelenkaffektionen beschrieben sind. Dann sind ätiologisch unschwer beide Affektionen als zusammengehörig zu betrachten. Andererseits ist zu erwähnen, dafs nach anderen Anschauungen und zwar nach denen der Pariser Schule, dieser Fall zur Gruppe der **Dermatitis herpetiformis** gehört. Die Kriterien sind das Polymorphe des Exanthems, das Jucken; der Verlauf war kein akuter, wie beim Erythema multiforme, sondern ein chronischer.

Diskussion:

Herr Lewin hält es für zweifelhaft, ob dieser Fall zum Erythema multiforme gerechnet werden kann; es mufs eruiert werden, ob Fieber vorhanden war oder nicht. Meistens verlaufen diese Fälle akut mit Fieber auftretend und werden dann chronisch. Im Munde ferner kommt Erythema multiforme vor, doch waren die Bläschen so, dafs Infiltrationen der Basis vorhanden waren. Aufserdem setzt der Gelenkrheumatismus immer mit Fieber ein, er fängt erst am 6.—7. Tage an und verläuft akuter und nicht so chronisch wie hier, dafs er circa 9 Wochen dauert.

Herr Köbner: Auch im Bereiche des Erythema multiforme existieren wohl Fälle, die 6 Monate lange afrebile Recidive gemacht haben; der Fall ist atypisch, allein es kommen solche Fälle vor.

Herr Rosenthal hat den Fall als atypisch angesehen; denn die Herpes-Irisformen waren deutlich vorhanden und der Verlauf zog sich länger als gewöhnlich hin.

2. Herr Casper: **Demonstration eines neuen Elektroskops für Urethra.** Das zur Untersuchung der Urethra verwendbare Elektroskop besteht aus einem Hartgummigriff, an dessen Ende 2 für die Zuleitung des Stromes bestimmte Metallstäbe angebracht sind. Durch den Kontakt wird der Strom geöffnet oder geschlossen. Am obern Ende des Griffes ist eine Hülse mit einem Trichter befestigt, in welche erstere eine gröfsere Glühlampe eingeschraubt ist. Über die Lampe und Hülse im Trichter ist der optische Apparat angebracht. Derselbe besteht aus einer oder zwei im untern Teile des Trichters befindlichen Sammellinsen und einem darüber angebrachten Prisma, welches das Licht direkt in jeden zur Beobachtung dienenden Tubus nach vorn wirft, sodafs die Offnung des Tubus in ihrer ganzen Circumferenz hell erleuchtet wird. Der optische Apparat ist in der Weise mit dem Halter verbunden, dafs jeder

Tubus für Instrumente bequem passierbar bleibt und man in der Handhabung derselben nicht behindert ist. Das Licht, welches das Instrument giebt, und das durch eine Lampe erzielt wird, zu deren Speisung eine achtzellige Zinkkohle-Chromsäurebatterie benötigt wird, ist intensiv weifs und völlig gleichmäfsig, ohne dafs es durch Erwärmung störend wirkt. Der optische Apparat gestattet es, sich der Öffnung der Tuben bis auf weniger als 2 cm zu nähern, was bei Benutzung eines Reflektors oder eines anderen Beleuchtungsinstrumentes nicht möglich ist. Das Elektroskop, bei Hirschmann in Berlin zu haben, hat für die Urethra folgende Vorzüge: gutes, helles Licht, bequeme Anwendungsweise und die Möglichkeit, gleichzeitig während der Beleuchtung therapeutisch agieren zu können. Man sieht damit Schwellungen, Ulcera Rötungen, Papillome, Narben, kurz alles, was zu sehen ist. Der Tubus wird vor dem Einführen mit Glycerin angefeuchtet und nachher mit einem dünnen Holzstabe, der mit Watte umwickelt ist, ausgetupft.

3. Herr Lewin: Krankenvorstellung. Patient, welcher Ende August d. J. den Coitus vollzogen hat, bemerkt Mitte September ein Ulcus am Penis, welches von einem Barbier Mitte Oktober geätzt wird. Dasselbe besteht noch, aufserdem zeigen sich Rypien am Körper. Seit kurzer Zeit traten in den Handtellern und an den Fufssohlen **Hauthörner** auf; die an den Füfsen stiefsen sich bald ab, während man in der linken Handfläche noch ein solches von 1 cm Länge und $^1/_3$ cm Breite sieht. Die in der rechten Palma haben sich auch schon teilweise abgestofsen. In der Litteratur sind ungefähr 125 — 140 Fälle beschrieben. Die ersten datieren schon aus dem 17. Jahrhundert von Bartholini. Hebra hat unter 100000 Hautkranken nur 2 Fälle gesehen und der Vortragende hat unter seinen vielen Beobachtungen diesen Fall als den ersten beobachten können. In Bezug auf die Lokalisation ist angegeben, dafs auf die Kopfschwarte 59, auf den Penis 22, auf die Extremitäten 20, auf die Augenlider 2, auf den Rücken 1 Fall fielen. v. Mansurow hat einen Fall veröffentlicht, in dem 133 Stück Hörner vorkamen.

4. Herr Ledermann als Gast: **Über Osmierung der normalen Haut.** Die Untersuchungen sind ausgegangen von einer Nachprüfung der von Unna bei dem **Eczema seborrhoicum** gemachten histologischen Angaben, namentlich mit Rücksicht auf den von Unna besonders hervorgehobenen Fettgehalt des Epithels, der Lymphbahnen der Cutis und der Schweifsdrüsengänge. Redner kann im grofsen und ganzen die mikroskopischen Befunde Unnas bestätigen, es gelang ihm jedoch nicht bei der Behandlung an seborrhoischem Ekzem erkrankter Haut mit Überosmiumsäure eine so grofse Anzahl schwarzer Körnchen im Epithel nachzuweisen, wie die nach einem Präparate Unnas angefertigten Bilder im Leloir-Vidalschen Atlas darstellen. In den Schweifsdrüsengängen fanden sich überhaupt keine osmierten Körnchen, in der Cutis sehr wenig, in den Schweifsdrüsenknäueln etwas mehr. Redner legte sich dann die Frage vor, wie verhält sich die normale Haut der Überosmiumsäure gegenüber und sind die gefundenen schwarzen Körnchen wirklich Fett oder vermag eine andere chemische Substanz im Epithel die farblose Überosmiumsäure zu metallischem Osmium zu reduzieren? Zur Beantwortung der ersten Frage hat Redner normale Hautstücke von allen Körperstellen und allen Lebensaltern (vom 3. Fötalmonat an bis zum 76. Lebensjahr) osmiert und zu seinem Erstaunen gefunden, dafs sich vom 5. Fötalmonat an, also zu einer Zeit, wo etwa die Fettbildung in der Haut beginnt, bis ins hohe Greisenalter hinauf, in dem Epithel, namentlich den tieferen Lagen desselben, sich diese schwarzen Körnchen in wechselnder Menge darstellen lassen. Dieselben liegen teils intra- teils extracellulär, geben alle Reaktionen des osmierten Fettes, was besonders bei der Konservierung der Schnitte sich oft in unangenehmer Weise bemerkbar machte, lassen sich jedoch nicht mit Flemmingscher Lösung darstellen. Die Chrom-

säure in dem letztgenannten Gemisch verhindert die Osmierung, eine Beobachtung, die Ehrmann in dem Inhalt der fettproduzierenden Winterschlafdrüsen mancher Tiere gleichfalls zu machen Gelegenheit hatte. Ob diese osmierten Körnchen wirklich Fett sind, läfst sich bei dem bisherigen Stand unserer Kenntnisse über organische Reduktionsmittel der Überosmiumsäure nicht mit Sicherheit sagen; jedenfalls, wenn es sich um Fett handelt, stammt dieses nicht aus den Talgdrüsen, da es sich auch an Stellen ohne Talgdrüsen an Handtellern und Fufssohlen findet. Selbstverständlich fehlen auch bisher alle Anhaltspunkte, dafs es aus den Schweifsdrüsen stammt, da es ebensogut autochthon gebildet werden kann. Auffallend ist der Umstand, dafs diese schwarzen Körnchen dem Sitze des Pigments im Epithel entsprechen; sie finden sich auch neben braunen Pigmentkörnchen in den Pigment führenden Zellen der Cutis und in den verzweigten pigmenterzeugenden Zellen im Haarbulbus um die Haarpapille herum, so dafs die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem in der Bildung begriffenen oder dem fertigen Pigment und der Reduktion der Überosmiumsäure in den Kreis der Betrachtung gezogen werden mufs. Bei manchen niederen Tieren hat ja das Pigment eine nahe Verwandtschaft zu den Fetten, weshalb Krukenberg eine ganze Reihe von Pigmenten als Lipochrome bezeichnet hat. Möglicherweise spielen auch bei dem Menchen Fettsubstanzen bei der Bildung des Pigments eine Rolle. Dadurch würde sich vielleicht auch eine Bildungsstätte für das nach Liebreich in der menschlichen Oberhaut befindliche Lanolin finden lassen, da die Lipochrome als Bleichprodukt das Cholestearin liefern und das Lanolin eine Verbindung von Cholestearin und Fettsäuren ist. Selbstverständlich haben diese Annahmen bisher noch keine thatsächliche Unterlage und sind als reine Hypothesen aufzufassen. Nur soviel ergiebt sich als feststehendes Faktum aus den vorgetragenen Untersuchungen dafs die menschliche Oberhaut eine Substanz besitzt, die farblose Überosmiumsäure zu schwarzem metallischen Osmium zu reduzieren vermag.

Die Herstellungsmethode der Osmiumpräparate war folgende: Kleinste der Leiche oder dem Lebenden entnommene Hautstückchen wurden in 1 bis 2 % Überosmiumsäurelösung 24—48 Stunden im Dunklen aufbewahrt, dann 24 Stunden in fliefsendem Wasser gewässert und in absolutem Alkohol möglichst lange gehärtet. Aus dem Alkohol kamen die Stückchen direkt in dünnes, später in dickes Celloidin und wurden dann, nachdem sie auf dem Korke befestigt waren, bis zum Schneiden in einer Lösung von Chloroform, Glycerin, Alkohol aufgehoben. Die Schnitte selbst wurden entweder in Glycerin oder Glycerinleim eingelegt oder in Nelkenöl aufgehellt und in Kanadabalsam eingeschlossen. Bergamottöl und Terpentinöl zerstören in kürzester Zeit die Osmiumniederschläge und sind zum Aufhellen nicht zu verwerten. Die Haltbarkeit der Dauerpräparate ist eine sehr bedingte. In Glycerin eingelegte Schnitte bräunen sich nach einiger Zeit diffus, besonders wenn der Luftabschlufs kein genügender ist. Am besten halten sich die Nelkenöl-Kanadabalsampräparate. Die Haltbarkeit der Osmiumpräparate wächst im direkten Verhältnisse zu dem Aufenthalte der osmierten Stücke in absolutem Alkohol. Will man in Paraffin einbetten, was sich übrigens nur für Fötalhaut mit Erfolg ausführen läfst, so kommen die osmierten Hautstückchen zunächst in ein mit Nelkenöl gefülltes kleines Reagenzglas und verbleiben dort so lange, bis sie zu Boden sinken; dann legt man sie im Paraffinofen bei der Schmelzpunkttemperatur des benutzten Paraffins für 12 Stunden in Nelkenöl-Paraffin ää und zuletzt für 12 Stunden in reines Paraffin. Die Paraffinschnitte werden mittelst 50 % Alkohol auf dem Objektträger aufgeklebt, erwärmt und in Xylol vom Paraffin befreit. Auf diese Weise gelingt es meist die Osmiumniederschläge zu konservieren. Gefärbt werden osmierte Schnitte am besten mit Pikrokarmin.

Die Untersuchungen sind während der Assistentenzeit des Vortragenden an der Königl. derm. Klinik zu Breslau ausgeführt worden.

Diskussion:

Herr JASTROWITZ fragt, wie die Schicht, die dargestellt ist, sich gegen Äther und Alkalien verhält, worauf Herr LEDERMANN erwidert, daſs Äther sie auflöst, Alkalien nicht versucht seien.

Herr LEWIN: NENZKY in Bern hat groſse Mengen Pigment dargestellt, er selbst hat viererlei Pigmente in gröſserer Menge analysiert und zwar aus der Choroidea, aus den Haaren etc. Die Erklärung des Herrn LEDERMANN ist sehr wichtig, indem, wenn die Körner nicht Pigment, sondern Fett sind, viele Affektionen dadurch anders beurteilt werden müssen. Wasserstoffsuperoxyd bleicht das Pigment, daher werden Versuche damit am wichtigsten sein.

Herr HELLER kann die Resultate von LEDERMANN bestätigen durch seine Untersuchungen; er hat auch Wasserstoffsuperoxyd angewandt, doch blieb die Farbe bestehen; er glaubt aber, daſs es weder Pigment noch Fett ist, wie seine Untersuchungen am Ohr des Rindes ergeben haben, doch will er keine Erklärung dafür abgeben, was die schwarzen Punkte sind.

Herr ROSENTHAL hat Gelegenheit gehabt, die Präparate des Herrn LEDERMANN ausführlicher zu sehen. Die Hautstücke sind teils von Kindern, teils von alten Personen genommen worden. Bezeichnend ist, daſs die schwarzen Punkte sich überall vorfinden. Nach ihm handelt es sich nicht um Pigment. Aus den verschiedenen groſsen Tröpfchen möchte er vielmehr schlieſsen, daſs es sich um einen fettähnlichen Körper handelt.

L. Hoffmann-Berlin.

In der Sitzung vom 12. Nov. 91 der Franz. Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie (*Progrès méd.* 21. XI. 91) macht HALLOPEAU bei der Besprechung eines Falles von **Lupus exanthematicus in multiplen Herden** aufmerksam auf die diagnostischen Schwierigkeiten dieser Affektion (da sie bald als ekzematös, bald als luetisch und mykotisch angesehen wurde) sowie auf den Polymorphismus desselben. H. sah nämlich nacheinander auftreten: centrifugale erythematöse Flecke, Blasen, Verfärbungen, Narben, lokale Asphyxien und urticariaähnliche Quaddeln. Merkwürdig sei bei dem tuberkulösen Charakter der Krankheit (wie ihn BESNIER annimmt) das vollständige Verschwinden und sogar spontane Abheilen dieser Efflorescenzen. Wahrscheinlich seien dem Tuberkulin ähnliche Toxine im Spiele, von denen jedenfalls auch die dabei beobachteten vasomotorischen Innervationsstörungen (Urticariaquaddeln, lokale Asphyxien) abhängen würden, während die persistierenden erythematösen oder follikulären Flecke auf die Anwesenheit eines in seiner Wirkung abgeschwächten Bacillus (tubercul.) zurückzuführen seien. BESNIER betont ebenfalls die Schwierigkeit der Diagnose. Als Ausgänge der Erkrankung führt er an: (für die schweren, malignen Formen) viscerale tödliche Läsionen, oder Verschwinden der exanthematischen Erscheinungen mit nachfolgender Narbenbildung, wonach man aber tuberkulöse Lungenaffektionen oder andere Lupusformen entstehen sieht.

Ferner stellt HALLOPEAU 2 **mit Tuberkulin behandelte Lupuskranke** vor. Während einerseits durch diese Behandlungsweise der Lupus bei beiden Patienten höchst vorteilhaft beeinfluſst worden war, hat sie andererseits bei dem einen eine Aortainsufficienz hervorgerufen, bei dem andern einen Ausbruch mächtiger Abscesse, die sich durch Monate wiederholten und das Leben des Patienten in ernste Gefahr sezten. HARDY, BESNIER, FOURNIER und LALLIER sprechen sich ebenfalls gegen das Tuberkulin aus.

Fournier stellt einen 24jähr. Syphilitiker mit **Hystero-Syphilis** vor. Neben Erscheinungen manifester Lues (Iritis, Plaques muqueuses) zeigt Pat. Anfälle von linksseitiger, sensorieller Hemianästhesie, Thränenausbruch, Einschlafen der Beine und heftiger Heiterkeitsanwandlungen, bestehend in tollem Lachen z. B. bei Betrachten eines glänzenden Gegenstandes. Wahrscheinlich hat hier die Syphilis den Anlafs gegeben zum Ausbruch der occulten Nervenkrankheit.

Thibierge stellt einen Fall von **Hämatangioma dermo-papillare** (Lymphangioma circumscriptum der engl. Autoren) vor. Besnier glaubt, dafs diese Affektion den Naevis anzureihen sei.

Folgt eine weitere Patientin von Thibierge, eine Negerin mit **Lichen planus** (Wilson). Der Fall zeigte jedoch in morphologischer und histologischer Richtung manche Abweichungen vom Typus, was auf die Verschiedenheiten der Haut des Negers und des Weifsen zurückzuführen sei.

Jacquet stellt eine Patientin mit **Lichen planus** vor, die durch Hydrotherapie geheilt wurde.

Bei einer Patientin von Tenneson mit **Pityriasis rosea** (Gibert) hatte der Initialfleck (am linken Arme) sechs Wochen vor Ausbruch der Allgemeinexantheme bestanden.

Troisier macht eine Mitteilung über einen Fall von **Lippenulceration** bei einem Phthisiker und

Barthélemy über einen Fall von **Alopecia areata**, der mit gutem Erfolg mittelst der Motyschen intradermalen Sublimatinjektions-Methode behandelt worden war. *C. Müller-Basel.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Mitose an eosinophilen Zellen, von H. F. Müller. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* Bd. XXIX. Heft 3 u. 4.) Zu den Angaben der Autoren über Mitose eosinophiler Zellen bei Vögeln und Fröschen fügt V. Beobachtungen über derartige Vorgänge bei Säugetieren. Um geeignete Präparate zu gewinnen, wurde ein Röhrenknochen eines eben getöteten Kaninchens eröffnet, ein Stückchen roten Marks entnommen und für 2—4 Stunden in eine konzentrierte wässrige Sublimatlösung eingelegt. Es folgte Einlegung der Stücke in 30% mit Jodtinktur versetzten Alkohol, dann in konzentrierten bis zur Entwässerung, Paraffineinbettung, Anklebung der Schnitte mit Eiweifs, ca. 12 Stunden dauernde Färbung in verdünntem Haematoxylin, Abspülen in Wasser, Färbung in dünnstem Eosinwasser (4—6 St.). Nach Abspülen in Wasser Entwässerung und Einschliefsen der Schnitte. Zum Vergleich dienten Trockenpräparate aus dem Rippenmark von Meerschweinchen. Eine beigegebene Tafel zeigt die Verschiedenheit der eosinophilen Zellen des Knochenmarks sowohl bezüglich der Gröfse der Zellkörper als auch der Beschaffenheit der Kernfigur und der Gröfse der Granula. Im Gegensatz dazu bieten diese Zellen des normalen Bluts eine bemerkenswerte Übereinstimmung. Der Nachweis der — wie es scheint in typischer Weise verlaufenden — Mitose eosinophiler Zellen bietet besonderes Interesse, da dadurch die mitotische Teilung von Leukocyten überhaupt sicher bewiesen ist. In Betreff der weiteren sich anschliefsenden Auseinandersetzungen, die unter

eingehendster Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur verschiedene noch unerledigte Fragen der Blutbildung in ihren Bereich ziehen, mufs auf das Original verwiesen werden. *Reunert-Hamburg.*

Zur Lehre von der Hautresorption, von R. Winternitz. (*Arch. f. experiment. Path. u. Pharmak.* Band 28. 6. Heft. 1891.) Bei der unter den Autoren herrschenden Meinungsverschiedenheit über die Resorptionsfähigkeit chloroformiger, ätherischer, alkoholischer etc. Lösungen unternahm es Verf. die diesbezüglichen Versuche in einwandfreier Weise zu wiederholen. Er fand bei Kaninchenhaut eine Resorption von Strychnin aus chloroformiger Lösung nach etwa 20 Minuten, aus ätherischer langsamer, noch langsamer aus alkoholischer; in derselben Reihenfolge wurden wässerige Lösung nach vorheriger Applikation der Flüssigkeiten resorbiert. Auch wässerige und ölige Lösungen wurden nach längerer Applikation resorbiert. Auf der menschlichen Haut konnte er nur Resorption aus ätherischer Lösung darthun, hält aber solche aus chloroformiger für wahrscheinlich, wenn uns noch schärfere Nachweismittel zu Gebote stehen; wässerige Lösungen nicht flüchtiger Stoffe werden nicht aufgenommen, wässerige Lösungen von Salzen nur nach voraufgehender Applikation von Äther. Diese Differenzen erklärt sich Verf. daraus, dafs die menschliche Haut ein dickeres Hornlager und engere Poren besitzt, als die Kaninchenhaut. Für die Resorption kommt in Betracht die Quellung der Epidermis, die nur durch sie gut benetzende Flüssigkeiten, und davon nur durch wässerige bewirkt wird. Andere Lösungen werden von den Poren resorbiert, doch müssen diese dann vorher mit den betr. Dämpfen erfüllt sein, da sonst die in ihnen vorhandene Luft das Eindringen verhindert; daher die schnellere Resorption, je flüchtiger das Lösungsmittel ist. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kenntnis der Pigmentzellen, von B. Solger. (*Anatom. Anzeiger.* 1891. No. 6.) Verf. beschreibt die von ihm geübte Methode, die Chromatophoren aus der Kopfhaut des Hechtes darzustellen. Diese Zellen enthalten einen, zwei oder noch mehr Kerne, aber stets nur eine Centralmasse (Attraktionssphäre), von der die Strahlung ausgeht. Dies Verhalten erklärt sich Verf. durch amitotische Kernzerschnürung. *F. Hahn-Bremen.*

Hygiene.

Über Syphilis und Prostitution, von Werther. (*Schmidts Jahrbücher.* Bd. CCXXX pg. 86.) Verf. geht in seinem vor der Dresdener Gesellschaft für Natur- und Heilkunde gehaltenen Vortrage aus von der eminenten Verbreitung der Syphilis und den vielen Gefahren und Schädlichkeiten, die das ganze Volk durch sie erleidet. Nun kommt er auf die Mittel zu sprechen, die diesem Übel steuern sollen, nachdem er als Hauptquelle der Verbreitung der Syphilis die Prostitution genannt hat. Die Prostitution rekrutiert sich aus zwei Klassen: die einen sind zur Prostitution geboren, werden es aus sich, erkennen das Lasterhafte ihrer Stellung nicht an, die anderen sind gelegentlich durch Armut, Stellenlosigkeit zu Prostituierten geworden; diese können durch Aufnahme in Anstalten (Magdalenenstifte) gebessert werden, die anderen fallen zurück. Daher ist zur Verminderung dieser Art vor allem eine weitgehende Prophylaxe nötig, die das Familienleben stützen, und verschönern, die Kinder an die Eltern ketten, das Kneipenleben einschränken, die Verführung der Jugend durch schlechte Beispiele, unzüchtige Schriften etc. bekämpfen mufs. Ehe aber auf diese Weise etwas erreicht wird, mufs man direkt gegen die Syphilis vorgehen durch Regelung der Prostitution: Unterdrückung derselben hat zu keiner Zeit genützt, im Gegenteil, dieselbe nur in bis dahin intakt gebliebene Gebiete getrieben. Verf. plaidiert

daher energisch für Bordelle und häufige Untersuchung der Prostituierten, indem er die von den Abolitionisten gebrachten meistenteils durchaus unberechtigten Einwürfe mit Leichtigkeit überzeugend zurückweist. Zum Beleg bringt er eine kleine Statistik aus dem Dresdener Stadtkrankenhause, die den Zuwachs der aufgenommenen kranken Männer und die Abnahme an Dirnen zeigt, seitdem 1889 die Bordelle aufgehoben worden sind. *F. Hahn-Bremen.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Koagulationsnekrose oder Nekrose mit Inspissation? von C. Weigert. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anatom.* II. Bd. 1891. No. 19.) Verf. wendet sich gegen die von Arnheim und dessen Lehrer O. Israel aufgestellte Behauptung, die von ihm als Koagulationsnekrose bezeichnete Verwandlung von zelligen Elementen nach dem Absterben in eine kernlose, dem Käse ähnliche Masse sei als Nekrose mit Inspissation aufzufassen. Zunächst erinnert er daran, dafs Kernschwund bei pathologischen Prozessen schon früher beobachtet ist, schon der Aufenthalt von Gewebsstücken in wäfsrigen Flüssigkeiten genügt ihn herbeizuführen. Israel vertritt sodann die Virchowsche Ansicht, dafs käsige Massen durch Eindickung hervorgebracht würden, und dehnt dieselbe auf Infarktbildungen etc. aus. Dafs alle toten Gewebe Wasser abgeben, widerlegt W. mit Hinweis auf das Nervenmark, das Wasser aufnimmt. Die von I. gesehene Volumsabnahme der Nierenepithelien bei ischämischen Infarkt (die er durch Wasserabgabe erklärt) entsteht nach W. durch den hohen Druck, unter dem nach dem temporären Verschlufs der Arterie in I's Versuchen das Blut wieder einströmt, transsudiert und so die Epithelien abplattet. Ferner brauche die Volumsverminderung der Zellen garnicht durch Eindickung zu entstehen, sondern könne durch eine Auflösung der geformten Bestandteile des Protoplasmas, durch eine Erweichung erklärt werden. Endlich kann man Käse nicht künstlich durch Eindickung herstellen, folglich kann es sich bei diesem Vorgang nicht um eine einfache Nekrose mit Inspissation handeln. Endlich führt W. aus, dafs nichts dagegen spricht, eine Gerinnung anzunehmen, da ja in allen Zellen noch gerinnungsfähige Eiweifskörper vorhanden seien, und diese in verschiedener Weise gerinnen können. Bei den Koagulationsnekrosen erfolgt die Gerinnung infolge einer Plasmadurchströmung, die manches, z. B. das Hämoglobin und das Kernchromatin auflöst und wegspült. W. weist dann noch darauf hin, dafs nach neueren Untersuchungen für die Gerinnung eine Kalkbindung vorausgesetzt wird, wofür jedenfalls die Neigung dieser Prozesse zu Kalkablagerungen spricht. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Tumenol und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten, von Prof. A. Neisser in Breslau. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 45.) Das Tumenol, dessen Darstellung Verf. genau angiebt, ist dem Ichthyol ähnlich, doch sind beide Substanzen durchaus verschieden. Die Farbe der unverdünnten und stark konzentrierten Präparate ist schwarz, der Geruch wenig intensiv. Im Tumenol sind 2 Körper enthalten: 1. das Tumenolsulfon, stets von öliger Konsistenz, und 2. die Tumenolsulfonsäure; diese ist pulverförmig, sehr schwer darstellbar, weshalb man die dickflüssige Form meistens wählen mufs. Die Tumenolsulfonsäure ist in Wasser löslich, das Tumenolsulfon dagegen nicht. Es wurden aus dem Tumenol auch zwei Tinkturen dargestellt und zwar mit gleichen Teilen Aeth. sulf. Spir. vini rectificatiss. und a) Wasser oder b) Glycerin. Ein nach Analogie des Unnaschen Ichthyolfirnifs hergestellter Tumenolfirnifs hat sich nicht bewährt, da er zu spröde trocknete und abblätterte. Mit Zinkleim zusammen läfst sich sehr gut ein Tumenolleim herstellen. In Salben, Pasten

und Pflastern wurde das Tumenol venale oder das Tumenolsulfon angewandt, da das Pulver zu grobkörnig ist.

Die nützlichen Eigenschaften des Tumenols sind folgende:

1. Nässende, nicht gar zu heftig und frisch entzündliche Ekzemflächen wurden schnell zum Eintrocknen und zur Überhornung gebracht. — Bei Verbrennungen 1. und 2. Grades ist die eintrocknende Wirkung sehr brauchbar.

2. die irritierenden, Entzündung steigernden oder Entzündung hervorrufenden Eigenschaften sind gering; eine Tiefenwirkung, die zur Resorption chronisch entzündlicher Infiltrate führt, besteht nicht.

3. Sehr deutlich besteht eine juckstillende Wirkung nicht nur beim Ekzem, sondern bei allen Hautkrankheiten, vornehmlich bei dem ekzematösen Jucken am Anus, Scrotum etc.

4. Als Verbandmittel für oberflächliche oder tiefere Ulcerationen ist es brauchbar, also: bei den Ekthyma-Formen nach hochgradiger Pedikulose, bei Rhagaden von Hand- und anderen Ekzemen, Nachbehandlung bei nicht gar zu ekzematös gewordener Scabies, bei Riſs- und Biſswunden von Tieren. Auch Ulcera cruris heilten oft überraschend schnell. Weder besitzt das Tumenol eine antiparasitäre Wirkung noch eine solche auf den Gesamtorganismus. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Thilanin (braunes geschwefeltes Lanolin), von Dr. E. Saalfeld, Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1891. No. 11.) Der Chemiker Seibel ließ Schwefel auf Lanolin einwirken und nannte dieses Präparat Thilanin. Dasselbe enthält konstant 3 % Schwefel. Es ist eine salbenartige Masse, ungefähr von derselben Konsistenz wie gewöhnliches Lanolin, von gelbbräunlicher Farbe, dessen charakteristischer Geruch den Zusammenhang mit dem Schwefel nicht vermissen läſst. Das Mittel soll nun nach V. als Ersatz des meist gebräuchlichen Ung. Hebrae, des Borvaselins oder Borlanolins dienen. Es wurde daher bei Ekzem angewandt und zeigte hierbei niemals eine reizende Wirkung. Bei akutem Ekzem des Gesichts wurde in 3 Fällen eine völlige Heilung in wenigen Tagen erzielt, ebenso bei einem Ekzem der Finger. Dagegen versagte das Mittel völlig bei einem über den ganzen Körper verbreiteten, sehr akuten Ekzem. Eine Besserung, aber nicht völlige Heilung wurde bei einem stark infiltrierten Gesichtsekzem einer alten Frau beobachtet. Bei einem subakuten trockenen Ekzem des Gesichts trat innerhalb sehr kurzer Zeit Heilung ein, ebenso bei drei Fällen von chronischem Ekzem und zwar zwei schuppenden Ekzemen des Unterschenkels und einem recidivierenden papulo-vesikulösen Ekzem der Hände, während zwei andere Fälle von chronischem Unterschenkelekzem sich besserten. Bei zwei Fällen von Eczema rhagadiforme scroti et penis wurde durch Thilanin Heilung herbeigeführt. Von Nutzen erwies sich die Behandlung mit Thilanin besonders auch beim Ekzem der Kinder. Beim krustösen Kopfekzem der Kinder trat zwar eine Besserung, aber nicht Heilung ein. In drei Fällen von Herpes zoster wurde das zu Borken eingetrocknete Sekret in kurzer Zeit beseitigt, der Juckreiz gemildert und die Affektion zur Heilung gebracht. Bei einigen Fällen von Sycosis vulgaris war ebenfalls ein günstiger Einfluſs des Thilanins bemerkbar. Die Chrysarobindermatitis bei Lichen ruber planus schwand nach Thilanin und glaubt V. beobachtet zu haben, daſs auch die Lichenknötchen kleiner geworden sind. Ein Fall von Acne rosacea nasi besserte sich. *L. Hoffmann-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Pemphigus traumaticus, von L. Phillips. (*Brit. Journ. of Dermatology.* Vol. III. No. 10.) Eine 31jährige, gracil gebaute Konfektioneuse bemerkte

vor etwa 7 Wochen die Entwickelung von Blasen auf der Dorsalseite beider Füfse und auf dem unteren Drittel der Vorderfläche der Unterschenkel. Vorher hatte sie über lebhafte Schmerzen in diesen Teilen namentlich bei längerem Gehen oder Stehen zu klagen gehabt. Es fand sich eine grofse, aufgeplatzte Blase mit rotem Hof (wie Pemphigus serpiginosus) auf dem linken Fufse noch vor, sowie einige markstückgrofse, pigmentierte Flecke, wo die früheren Blasen gesessen hatten. Aufserdem Pedes plani, welche nach der Auffassung des Verf. durch ihr ziemlich plötzliches Entstehen sowohl die Schmerzen als auch die Hautaffektion verursacht hatten. Im weiteren Verlauf entwickelte sich noch einmal eine gröfsere, pemphigusartige Blase auf dem Fufse.

Philippi-Nieheim.

Dr. Selenew (*Wratsch* 1891. Nr. 34), demonstriert 2 Fälle von **Herpes iris.**

I. Soldat, 25 Jahre alt, 11/2 allgemeine Schwäche, hohe Temperatur und Exanthem. Auf der Haut der Extremitäten und der Glans penis Gruppen von Bläschen mit gelbem Inhalt, concentrisch gelagert. Mit der Zeit trocknen die centralen Bläschen teilweise zu Borken ein, während in der Peripherie neue aufschiefsen. Inhalt trübt sich; einzelne konfluieren zu grofsen (3—4 cm Diameter) pemphigusartigen Blasen. Stellenweise erythematöse Flecke, Papeln, papulo-vesiculöse Efflorescenzen en cocarde. Bis 19/4 continuierliches Fieber mit immer neuen Eruptionen auf den bisher verschonten Partien. Mit Aufhören des Fiebers trat Atrophie des Exanthems auf. (Wird wohl umgekehrt richtig sein — mit dem Aufhören des Exanthems resp. der neuen Eruptionen schwand das Fieber! Ref.) 16/5. Der Körper mit verschieden geformten Pigmentflecken bedeckt, nur auf einzelnen Stellen der Vorderarme und Unterschenkel sind noch charakteristische concentrische Kreise. Die Schleimhäute waren verschont geblieben. Blutuntersuchung: rote Blutkörperchen 4,420,000, weifse 13600 (1:325), Hämoglobin (nach Glan) 12,72%, Oxyhämoglobin 9,95%. Therapie: langdauernde warme Bäder 1—2 Stunden.

II. Soldat, 21 Jahre alt, 9/5 hohes Fieber, beide Lippen mit dicken Borken bedeckt, unter denen zerfallene Bläschen zu sehen sind, die sich auf die Wangen- und Gaumenschleimhaut fortsetzen. Augenwinkel und -Brauen mit Borken bedeckt, ebenso in der Nase dicke braune Borken. Auf der Hinterfläche der Ohren symmetrische gelbe Borken. Rumpf, Gesäfs, Ober- und Unterschenkel frei. Vom untern Drittel der Vorderarme finden sich aber zahlreiche Papeln, die vier Zonen aufweisen 1.) äufsere rosa, 2.) hellrosa mit einem fibrinösen, 3.) dunkelviolette mit hömorrhagischem Inhalt, 4.) eine aus der abgehobenen Epidermis oder einer eingetrockneten Borke bestehende Centrale. Einzelne Papeln konfluieren, Figuren bildend. Blutuntersuchung: rote Blutkörperchen, entnommen aus einem kranken Finger und dem gesunden Oberarm, 5.680,000 und 5.000.000, weifse 15400 und 14009 (1 : 368 : 357), Hämoglobin 13,79% und 14.32%, Oxyhämoglobin 11,18% und 11,79%. Im weiteren Verlauf Diarrhöen und Koliken, Blutharnen, Schmerzen in Muskeln und Gelenken der Unterschenkel. Am 13/5. begann das Exanthem zurückzugehen, unter Hinterlassung von Pigmentflecken. Von Interesse sind die Eruptionen der Bläschen auf den Schleimhäuten, sogar den im Innern des Körpers belegenen (Darm und Blase). Ätiologie blieb unbekannt. Verf. hält für zweifellos, dafs der Herpes iris nicht nur eine Hautkrankheit ist, sondern auch innere Teile ergreift, und eine Kombination von papulösem Erythem mit vesiculösem Herpes darstellt, also die Terminologie der französischen und der deutsch-englischen Schule gleichzeitig umfafst.

E. Krouy-Hungerburg b. Narwa.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra, von Robert Coltman jr. (*Med. and Surg. Rep.* Vol. LXIII. 1890. pg. 252.) Es wurde ein 27jähriger Mann mit Taubheit an den Extremitäten von sechsmonatlicher Dauer vorgestellt. Wie derselbe die Krankheit acquiriert hatte, war ein Rätsel. Dafs es sich hier um tuberöse Lepra handelte, war augenscheinlich. Der V. hält sehr wenig vom Chaulmoograöl und meint, dafs die Jodide und Eisenpräparate den sichersten Nutzen gewähren. Er äufserte sich ferner dahin, dafs die politischen Grofsmächte mit dem Kaiser von China Rücksprache nehmen müfsten, damit derselbe Mafsregeln zur Unterdrückung der Krankheit ergreife. In China haben die Leprakranken in jeder Beziehung vollkommene Freiheit, sie fassen mit ihren verstümmelten Fingern die im allgemeinen Gebrauch cirkulierenden Geldstücke an, sie essen und trinken aus den gemeinsamen Gefäfsen in den Gasthäusern, mit einem Worte: sie unterliegen nicht der geringsten Kontrolle. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)*

Lepra und Leprakranke, von Ohmann-Dumesnil. (*Medical and Surgical Reporter,* Vol. LXII. 1890, pag. 465.) Autoreferat. Schreiber dieses Artikels erklärt, dafs Lepra nicht kontagiös sei, wenigstens nicht in der gewöhnlichen Bedeutung des Wortes. Er geifselt die bei vielen amerikanischen Gesundheitsräten bedeutend verbreitete Sitte, Leprakranke nicht nur als gefährlich, sondern geradezu als angsterregend zu betrachten. Diese unglücklichen Kranken werden in einer Weise behandelt, welche einfach unmenschlich und barbarisch ist, ganz ungeachtet der klar zu Tage liegenden Thatsache, dafs solche Leute in vielen Fällen jahrelang, nachdem sie schon krank geworden waren, ihren Beruf haben unbehelligt weiter verfolgen dürfen. Er citiert einen einschlägigen Fall, wo ein Chinese wegen Erysipels im Krankenhaus aufgenommen wurde, und man dieser Gelegenheit entdeckte, dafs er Lepra habe, was eine ebenso lächerliche, als unbegründete Panik hervorrief.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis).

Lepra in Minnesota, von Christian Gronoold. (*Weekly Abstr. of Sanit. Rep.* 11. April 1890.) In einem Briefe an den Gesundheitsrat weist Dr. Gronoold auf eine in einem öffentlichen Vortrage von einem populären Redner gemachte falsche Angabe hin; derselbe hatte behauptet, es gäbe in den drei Nordweststaaten Minnesota, Wisconsin, Dakota gegenwärtig 160 Leprakranke. Diese verkehrte Angabe beruht auf einem Bericht von Dr. G. Armauer Hansen, bei dem aber der den Irrtum veranlassende Satz folgendermafsen lautet: „Von 160 Leprakranken, die nach diesen Staaten einwanderten, leben jetzt aufser 13, die ich selbst gesehen habe, nur noch vielleicht 3 oder 4. Unter allen den Nachkommen der Leprakranken ist, so weit ich habe ausfindig machen können (und dabei habe ich Descendenten bis ins dritte Glied, Urenkel gesehen), kein einziger an Lepra erkrankt". *Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)*

Lepra in Indien, von P. Thwing. (*New York med. Record.* 1890 pg. 722.) Auf einer Reise im Orient erfuhr V., dafs die Zahl der Leprakranken in Indien auf ca. 250,000 angegeben wird. Bengalen, mit einer Bevölkerungszahl, die derjenigen der Vereinigten Staaten ungefähr gleich ist, hat 54,000 Lepröse; in Calcutta allein sind 1200. In Colombo ist das Leiden seit mehr als einem Jahrhundert bekannt. Unter anderen Beobachtungen teilt V. folgendes mit: aus Scherz habe ein Knabe aus Borneo einen Leprakranken mit einem Messer auf einer anästhetischen Stelle gestochen und darauf sich selbst mit demselben Messer geschnitten. Nach 19 Jahren entwickelte sich die Krankheit auch bei ihm. Dr. Kynsey, Oberarzt in Colombo, hat dort bei 600 Leprakranken keine Beweise vom Vorhandensein eines Kontagiums gefunden, doch

verfuhr er nach der Voraussetzung, dafs die Affektion kontagiös sei. Quecksilber wurde nicht verabreicht. Als wichtigste Hülfsmittel galten gute Nahrung und Hygiene. Salicylsäure, Tonica, Karbolöl, Einreibungen mit Gurjunöl und Chaulmoograöl hatten gute Resultate ergeben. Die Isolierung der Kranken wurde als unentbehrlich erachtet.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)

c. *Syphilis.*

Angeerbte Syphilis des Larynx, von S. G. Dabney. (*Med. News.* 10. Oktober 1891.) Bericht über zwei Fälle von syphilitischen Zerstörungen am Larynx bei einem 16- und einem 17jährigen Mädchen, bei denen eine acquirierte Lues ausgeschlossen zu sein scheint. Erstere konsultierte den Verf. wegen kompletter Heiserkeit, die ein halbes Jahr nach überstandener Diphtherie eingetreten war; sie zeigte Hutchinson-sche Zähne, teigige Haut, Narbenbildungen im Gesicht, erschwertes Atmen, Hypertrophie der Ossa turbinata, Ulcerationen an der Uvula, Verdickung und Ulcerationen der aryepiglottischen Falten und totalen Verlust von etwa dem vierten Teil der Epiglottis. Das andere Mädchen zeigte Trübungen der Cornea, eine lange Perforation des vorderen rechten Gaumenbogens, sowie Ulcerationen am Pharynx und an der rechten Chorda vocalis. Bei beiden Kranken war die antisyphilitische Behandlung von Erfolg begleitet. *Philippi-Nieheim.*

Spätformen der kongenitalen Syphilis, von R. B. Morison. (*Med. News.* 3. Oktober. 1891.) Die Möglichkeit der verspäteten Entwickelung eigentlicher Symptome bei kongenitaler Syphilis ist bekanntlich besonders von Fournier und seinen Schülern hervorgehoben worden. Verf. diagnostiziert und behandelt jetzt viele derartige Fälle als syphilitisch, welche er vor 8 Jahren als Scrophuloderma aufgefafst haben würde, und der Erfolg bestätigt sein jetziges Verfahren als das richtige. Es wird ein Fall von einem 27jährigen Mädchen beschrieben, dessen Vater vor seiner Verheiratung syphilitisch infiziert gewesen war, und das unzweifelhafte Symptome erst mit 12 Jahren darbot. Dasselbe wurde lange mit antisyphilitischen Mitteln erfolglos behandelt, genas jedoch schliefslich bei kleinen Gaben Chinin und der Anwendung von Pyoktaninlösung auf die ausgebreiteten Geschwüre.

Philippi-Nieheim.

Syphilis in Amerika vor Columbus Zeit, von A. S. Ashmead. (*Med. News.* 31. Oktober. 1891.) Die früher ziemlich allgemein acceptierte Ansicht, dafs die Syphilis aus Amerika nach Europa importiert worden sei, ist neuerdings vielfach angefochten worden. Der bekannte amerikanische Paläontologe Brinton ist der Ansicht, dafs das Leiden seit undenklichen Zeiten auf beiden Hemisphären in gleicher Weise existiert haben mag und nur zu Columbus Zeiten in Europa gröfsere und malignere Verbreitung fand. Dafs Syphilis in Amerika schon damals bestanden hat, gehe aus den Befunden an den in den uralten Gräbern gefundenen Knochen hervor. Verf. weist auf die beglaubigte Thatsache hin, dafs den Chinesen die neue Welt schon lange bekannt war, und auch die Japaner mögen sowohl Mexiko als auch andere Teile Nord-Amerikas besucht haben; wenigstens weisen eine ganze Reihe von sprachlichen, religiösen und ethnologischen Übereinstimmungen, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann, darauf hin. *Philippi-Nieheim.*

Über die lokale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affektionen der Mundhöhle, von Dr. E. Feibes, Aachen. (*Therap. Monatsh.* 1891. No. 11.) F. bedient sich stets der Chromsäure zur lokalen Behandlung der Schleimhautsyphilide und zwar mit solchem Erfolge, wie ihn keine andere Behandlung erzielen läfst, so dafs der Gebrauch des Höllensteinstiftes und der mit Höllenstein

armierten Sonde mehr und mehr bei ihm in den Hintergrund gedrängt ist. Plaques opalines werden rasch durch die Touchierungen mit Chromsäurelösung 1 : 2 beseitigt. Sehr schön heilen unter Chromsäuretouchierung die zu Einrissen führenden Papeln in den Mundwinkeln. Die specifische Lingua geographica wird durch keine Behandlung so wesentlich beeinflufst, wie durch eben diese. Auch bei luetischen Geschwüren der Tonsillen ist der Erfolg ein recht zufriedenstellender. Selbst bei der Stomatitis mercurialis wirkt die Chromsäure so günstig, dafs man die Inunktionen nicht auszusetzen braucht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über einen Fall von primärem Sarkom der Blase, von Bernstein. (*Inaug.-Dissertation,* Würzburg 1890.)

Mitteilung über einen Fall, in welchem wegen vermeintlicher Steinbildung der tiefe Blasenschnitt gemacht wurde. Abgesehen von Gries wurde von Konkrementen nichts gefunden, dagegen ein Tumor, den B. näher zu untersuchen Gelegenheit hatte, da Patient am siebenten Tage nach der Operation an Peritonitis starb. An der vorderen Wand der Blase befand sich eine rundliche 3—5 cm im Durchmesser betragende Geschwulst, deren Ränder wallartig aufgeworfen, höckerig erschienen. Die Oberfläche der Geschwulst ulceriert. Die histologische Untersuchung ergab ein kleinzelliges Rundzellensarkom, offenbar ausgegangen von der Muscularis.

Seifert-Würzburg.

Zur Histogenese der Sarkome, von Görl. (*Inaug.-Dissertation,* Würzburg 1890.)

Genaue histologische Untersuchung eines Falles von Sarkom der Fibula, das sich als ein alveoläres Rundzellensarkom ergab, offenbar ausgegangen von den Endothelien der Lymphspalten. *Seifert-Würzburg.*

Über einen Fall von Sarkom, verbunden mit haemorrhagischer Diathese, von O. Roth. (*Deutsche med. Woch.* 1891. No. 6.) Eine 55jährige Patientin erkrankte Herbst 1887 unter Erscheinungen einer Ischias, die weder durch den galvanischen Strom, noch durch Morphiuminjektionen nennenswert beeinflufst wurde. Ende Jan. 1888 stellte sich häufiges Erbrechen ein, und zugleich traten zahlreiche bis handtellergrofse Haemorrhagien, mit verwaschenen Rändern, von blauschwarzer Farbe, sowie dunkelrote Petechien an verschiedenen Stellen auf. Dazu gesellten sich starke Blutungen aus Mund, Nase und Vagina, die Ende Febr. 1888 den Exitus herbeiführten; die Sektion ergab zu beiden Seiten der Wirbelsäule, im Gebiete des Lendenmarks, eine Knochen und Muskeln durchwachsende Neubildung, die mikroskopisch als zellreiches Sarkom sich erwies. In der Muskulatur des Herzens Metastasen. Zahlreiche Haemorrhagien im Rückenmark; der rechte Plexus ischiadicus ist in die Geschwulstmasse eingeschlossen. Verf. hat keinen Fall von haemorrhagischer Diathese bei Sarkom in der Litteratur auffinden können. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über die parasitäre Natur des Krebses (nach *Intern. klin. Rundschau.* 1891. No. 41.) Duplay und Cazin berichteten auf dem VII. Intern. Kongress für Hygiene und Demographie zu London, dafs sie in einer Reihe von Plattenepithelkrebsen wohl eine Reihe von Formen fanden, die den Coccidien in ihrer Wachstums- und Vegetationsperiode (amoeboiden Charakters) glichen; dagegen konnte das Reproduktionsstadium (Einkapselung und Sporenbildung) nie entdeckt werden; in 15 aufserdem untersuchten Carcinomen fanden sie nichts. Verff. fassen ihre Untersuchungen dahin zusammen, dafs z. Z. keine für die parasitäre Natur des Krebses mit Sicherheit sprechende Thatsache existiert. *F. Hahn-Bremen.*

II. Benigne.

Beitrag zum Studium des Lymphangioma circumscriptum (Angioma cysticum), von Ed. de Smet und P. Bock. (*Journ. publié par la soc. roy. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles.* 1891.) Den neun bis jetzt veröffentlichten Fällen von Lymphangioma circumscriptum reiht sich ein weiterer an, ein 14jähriges Mädchen betreffend. Eine detailierte Beschreibung dieser Affektion findet sich in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. 1890. No. 2 u. 3, verfafst von F. Noyes und Török. Die Vff. halten, gestützt auf den histologischen Befund, wobei sich das Lymphgefäfssystem als bei dem Prozesse unbeteiligt erwies, die Bezeichnung Lymphangioma für unpassend und schlagen vor ihn durch „Angioma cysticum cutis" (angiome cystique de la peau) zu ersetzen. Therapeutisch haben die Verff. mit vorzüglichem Erfolge lineäre Scarifikationen versucht. *C. Müller-Basel.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Alopecia areata, von Clémenceau de la Loquerie. (Paris 1891. Baillière & Fils.) Die 1890 von der Académie de Médecine prämiierte Arbeit bringt keine neuen Beiträge zur Kenntnis dieser Krankheit, sondern ist nur eine äufserst fleifsige und geschickte Zusammenstellung der bisher aufgestellten Theorien. Hinsichtlich der Natur besagter Affektion neigt Verf. zur Ansicht, dafs es sich um eine Trophoneurose handle mit innerer (nicht kontagiöse) oder äufserer (kontagiöse Alopecia areata) Ursache. *C. Müller-Basel.*

Ein Fall von Alopecia areata, von Dr. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 48.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 28. Oktober stellte B. einen Patienten mit Alopecie vor, bei dem die Applikation des faradischen Stromes zur Heilung führte. Der 18jährige Patient kam Ende Juli in die Poliklinik des Vortragenden und zeigte einen etwa Dreimarkstück grofsen Areaherd auf der linken Kopfhälfte, der vor etwa drei Wochen im Anschlufs an eine starke Erkältung entstanden sein soll. Ende August war der Fleck gröfser, aufserdem waren zahlreiche neue auf beiden Seiten des Kopfes hinzugetreten (gleichzeitig bestand hochgradige Trichorrhexis). Da unter rein expectativem Verhalten sowie antiseptischen Waschungen der Prozefs immer weitere Fortschritte machte, so faradisierte er erst einen Tag um den andern, dann täglich nur die rechte Kopfhälfte des Patienten in der Weise, dafs derselbe die eine Elektrode in der Hand hielt, während die Kopfhaut mit der andern kammförmigen Elektrode 5—10 Minuten bearbeitet wurde. Nach 3—4 Wochen sprofsten ausschliefslich auf der rechten, faradisierten Seite aus den Areaherden junge Haare, welche jetzt wiederum zwei Wochen später, schon eine recht ansehnliche Länge erreicht haben. B. glaubt, dafs es sich wohl weniger um eine direkte Einwirkung auf die Nerven als vielmehr um eine Reizung der Haut und ihrer Gefäfse handelt, wobei die Regeneration eine wesentliche Beschleunigung erfährt.
L. Hoffmann-Berlin.

Veraltete Krampfadergeschwüre heilbar auf hydropathischem Wege, von Dr. Florian. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 46.) Verf. hat torpide Krampfadergeschwüre auf hydropathischem Wege in verhältnismäfsig sehr kurzer Zeit zur Heilung gebracht, indem er annimmt, dafs die Wasserbehandlung (Schwitzbäder, Einpackungen etc.) den Blutumlauf in allen Geweben bessert, den Gefäfsinhalt vermindert und dadurch das Blut entwässert. Die Entwässerung des Blutes bedingt eine Aufsaugung der abgelagerten Stoffe an erkrankten Stellen ins Blut, von wo sie alsdann auf die verschiedenste Art und Weise aus dem Körper wieder ausgeschieden werden.
L. Hoffmann-Berlin.

Drei Fälle von Sclerodermia circumscripta auf der Stirn und dem behaarten Kopfe, von J. Brault. *(Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 777.) An die Mitteilung der drei Fälle knüpfen sich einige differential-diagnostische Bemerkungen.

Türkheim-Hamburg.

Verschiedenes.

In der Sitzung vom 21. März 1891 der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte wurde ein Brief des Dr. B. Ornstein in Athen verlesen, in welchem derselbe mitteilt, dafs der bekannten Polin Sacha, welche wegen ihres **silberfarbigen Haares** in Paris ein so berechtigtes Aufsehen erregte, in der 8jährigen Tochter des Fafsbinders Labova auf der Insel Ithaka eine Nebenbuhlerin entstanden sei. Dieselbe ist weifshaarig geboren, zeigt sonst aber keine Spur von Albinismus, sondern macht im Gegenteil durch ihre blühende Gesichtsfarbe einen vollkommen normalen Eindruck.

Der Brief teilt ferner noch einige weitere Beispiele von silberfarbigen Haaren mit. In Amphissa lebte ein 12jähriges Mädchen von weifser Hautfarbe und sanguinisch-lymphatischem Temperament. Augenbrauen, Wimpern und Kopfhaare waren silberweifs, sonst nichts Abnormes. Die Eltern waren gesund, von Gesicht und Haaren bräunlich; dieselben hatten 3 Kinder mit Silberhaar gezeugt; das 1. (ein Knabe) starb im Alter von 2 Jahren, das zweite Kind (ein Mädchen) in einem solchen von 8 Jahren und das dritte Kind (das obenerwähnte Mädchen), bald nachdem es Dr. Karalivanos, welcher die Beschreibung des Falles veröffentlicht hatte, gesehen hatte. Die 3 später geborenen Kinder waren normal.

Des weiteren lebt auf der Insel Paxos ein Brüderpaar, das von Geburt an weifshaarig, während der Vater von bräunlicher Gesichtsfarbe und dunkelhaarig ist.

Verf. glaubt, dafs es sich um einen Entwickelungsmangel oder abnorme Färbung der Pigmentkörnchen in der Marksubstanz des silberfarbigen Haares handelt, oder dafs dieselben gänzlich fehlen. Mikroskopische Untersuchungen sind leider nicht gemacht worden. Zum Schlufs bringt Verf. die obigen Fälle in Analogie zu den weifsen Elefanten in Siam und den isabellenfarbigen Pferden in Europa; in der Umgebung von Mitylene und seiner heifsen Schwefelquellen soll das daselbst weidende Rindvieh fast durchgehends isabellenfarbig sein.

P. Taenzer-Bremen

Am 21. Dezember 1891 starb nach kurzer Krankheit unser lieber Freund und hochgeschätzter Mitarbeiter,

Dr. Paul Michelson,

Privatdocent an der Universität zu Königsberg, für weite Kreise ein ebenso unerwarteter wie schmerzlicher Verlust.

Scutula von Favus griseus (I) und Favus sulfureus celerior (III) auf menschlicher Haut.

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 2. 15. Januar 1892.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die Anatomie der Variola- und Vaccinepustel.

Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Halle a. S.

Von

Dr. Th. Buri,
prakt. Arzt in Basel.

(Mit Tafel II.)

(Schluſs.)

Wenn man von der Peripherie der Pocke, dem seitlichen Epithelwall ausgehend, die Epithelien der Reihe nach gegen das Centrum zu durchmustert, so kann man alle diese Übergangsformen von der einfach aufgehellten Zelle bis zur fertig ausgebildeten Höhle entdecken. (S. Fig. 1.)

Ganz anders gestaltet sich der Prozeſs am Grunde der Pocke. Hier tritt ein Degenerationsmodus in Kraft, den Unna als ballonierende Degeneration bezeichnete.

Zu diesem Begriffe wurde er wesentlich durch das Studium zweier anderer aber verwandter Prozesse, bei denen diese Form der Degeneration aufs höchste ausgebildet ist, den Varicellen und dem Zoster, geführt. —

Bei der Variola kommt es zwar, was wenigstens meine Präparate anlangt, bei weitem nicht zu so hoch entwickelten Formen wie bei jenen Krankheiten, aber die Verwandtschaft und Zusammengehörigkeit der variolösen Degenerationsform zu jenen drängt sich doch beim ersten Blicke auf. Wir können nur graduelle Unterschiede erkennen. In der schwachen Ausbildung, wie sie bei den meisten Pocken besteht, lockern sich die Zellen des Pockengrundes und lösen sich einzeln oder in Gruppen von dreien und vieren von ihren Nachbarn ab. Sie verlieren ihren Panzer, blähen sich etwas auf. Dabei trübt sich das Protoplasma, wird weniger tingibel oder nimmt z. B. die saure Orceinfarbe statt des alkalischen Methylenblau auf. Der Kern bleibt dagegen, wie ich Weigert gegenüber besonders betonen möchte, meist gut gefärbt oder er hellt sich stark auf. Das Protoplasma zieht sich zuweilen etwas vom Kern zurück, es entsteht eine Kernhöhle mit 1—2 Kernen.

Bei anderen Präparaten ist der Prozefs viel weiter gediehen. Hier hat sich die Zelle enorm aufgebläht, so dafs ganz unförmliche schlauchähnliche Gebilde daraus entstehen. Das Protoplasma hat sich weiter vom Kern zurückgezogen, wir haben eine grofse Kernhöhle vor uns und in ihr liegen 4—6 grofse Kerne; es entstehen Gebilde, die wir fast Riesenzellen nennen möchten. (Siehe Fig. 2.)

Bei der Varicelle und noch mehr beim Zoster ist diese Kernvermehrung ad maximum gediehen.

Wir finden da Gebilde, die nicht nur 6—8, sondern 16, 20, ja 30 und mehr Kerne enthalten, Gebilde, die aussehen, wie aufgeblasene mit Bällen gefüllte Säcke. Daher der Name ballonierende Degeneration.

Die Kerne sind möglicherweise amitotisch entstanden, wenigstens finden sich nirgends Mitosen in den Ballons, während in denselben Schnitten in der Umgebung der Pockenhöhe sich zahlreiche Mitosen nachweisen lassen.

In welcher Beziehung stehen nun diese beiden Formen der Degeneration zu einander und zur Höhlenbildung?

Zunächst ist klar, dafs die Ballonierung so gut wie die Retikulierung zur Höhlenbildung führen muß. Wenn die Stachelzellen ihren Panzer einbüfsen, sich selbst schliefslich vom Mutterboden loslösen, so müssen Lücken entstehen, die, sofern der Prozefs einigermafsen um sich greift, zu ganz ansehnlichen Höhlen konfluieren können. Es handelt sich hier offenbar um eine intercelluläre Höhlenbildung, während die retikulierende Degeneration zu intracellulärer Höhlenbildung Anlafs giebt. Die letztere führt bei Variola entschieden rascher zu ausgedehnten Höhlen und spielt überhaupt bei dieser Krankheit eine viel gröfsere Rolle als die ballonierende Degeneration. Anders bei den Varicellen und ganz besonders beim Zoster. Da fällt der ballonierenden die Hauptrolle zu, während die retikulierende mehr in den Hintergrund tritt. —

JUN 5 1907

Im allgemeinen finden wir bei unseren Pocken stets beide Degenerationsformen nebeneinander, wobei jedoch stets die retikulierende überwiegt. Ich darf aber nicht unerwähnt lassen, dafs ich auch Präparate besitze, die nur die retikulierende Degeneration aufweisen. Es betrifft die nämliche Pustel, die schon in Bezug auf die Anordnung der Balken und Epithelien eine Ausnahmsstellung einnahm und die sich aufserdem dadurch auszeichnete, dafs die Eiterinfiltration erst ganz minimale Fortschritte gemacht und die Epidermis noch ganz verschont hat. Hier finden wir nur die retikulierende Degeneration, und zwar hat sie, was sonst nie der Fall war, bis beinahe auf den Pockengrund hinabgegriffen, nur wenige komprimierte, horizontal geschichtete Stachelzellen trennen die Cutis vom Bereiche der Degeneration. —

Dies Präparat ist übrigens noch in anderer Beziehung, wie soeben geschildert wurde, von Interesse. Trotzdem nämlich die Epidermis noch

völlig frei von Rundzellen geblieben ist, die Eiterung somit kaum erst begonnen hat, finden sich doch schon grofse, weit ausgedehnte Höhlen, ein Beweis, dafs die Höhlenbildung zu Beginn des Variolaprozesses das Werk der retikulierenden und ballonierenden Degeneration ist und ohne Eiterung zu stande kommt. Die letztere spielt vielmehr zunächst nur eine sekundäre Rolle dabei.

Wo beginnt nun die Höhlenbildung?

Ganz entschieden in den höchsten und mittleren Lagen der Stachelschicht, dicht unter der Pockendecke. Hier ist das Gebiet der retikulierenden Degeneration, die zweifelsohne rascher zu ausgedehnten Zerstörungen führt, als die am Grunde der Pocke wirkende ballonierende Degeneration. Hier unter der Decke liegen ja auch die ältesten, am wenigsten widerstandsfähigen Zellen.

Wir finden nicht nur an centralen Schnitten dicht unter der Decke grofse und ausgedehnte Höhlen, sondern wir treffen auch in mehr seitlichen die Region unter der Decke ausgehöhlt, während die tieferen Lagen noch solid erscheinen. An lateralen Schnitten reichen die Pockenhöhlen nie so tief hinab wie an centralen; wir können sogar an diesem Unterschiede auf den ersten Blick centrale Schnitte von lateralen unterscheiden. Unter dem Centrum der Pockendecke hat also der Aushöhlungsprozefs räumlich seine gröfste Ausdehnung gewonnen. Es wird nun wohl kein falscher Schlufs sein anzunehmen, dafs der Prozefs auch zeitlich hier seine gröfste Ausdehnung gewonnen, resp. dafs er hier begonnen hat.

Die ballonierende Degeneration führt ja auch zur Aushöhlung, aber bei weitem nicht so rasch und nicht in dem Mafse. Erst im vorgerückteren Stadium der Efflorescenz tritt sie in gröfserer Ausdehnung in Wirksamkeit, sie scheint sich also auch langsamer heranzubilden.

Die gröfste Ausdehnung erfährt die gesamte Höhlenbildung der Breite nach in den höchsten und mittleren Regionen, in der Richtung von oben nach unten im gröfsten vertikalen Durchmesser der Pocke. Während seitlich bis tief in den Epithelwall hinein sich noch einige Inseln von Höhlen gebildet haben, geht die Aushöhlung im Centrum bis auf die Papillen hinunter. In ganz frischen Fällen bleiben die letzteren allerdings noch mit einzelnen Lagen geschwellter Zellen bedeckt, in älteren Pusteln liegen die Papillen ohne jede Epithelbekleidung nackt in der Pockenhöhle.

Die Form dieses ganzen, auf so verschiedene Weise entstandenen Systems von Höhlen ist schwer zu beschreiben. Sie läfst sich vielleicht am ehesten vergleichen mit der Gestalt eines Pilzes mit nach abwärts gerichtetem Stiele.

Wie kommt es nun, dafs am Pockengrunde fast ausschliefslich die ballonierende, in den höheren Regionen der Decke dagegen die retikulierende Degeneration Platz greift?

Wie kann das nämliche Gift so ganz verschieden auf dieselbe Zelle einwirken?

Die Antwort ist wohl die, dafs wir es eben nicht mit der nämlichen Zelle zu thun haben. Die Stachelzelle am Grunde der Pocke ist eben eine andere als die in den oberen Regionen. Die letztere ist älter, seniler, weniger widerstandsfähig, vor allem ist sie nicht mehr im stande, Kernteilungen durchzumachen.

Ich nehme also mit UNNA an, dafs das jugendliche Protoplasma mehr zur Gesamtquellung des Zellleibs, wie sie in der Ballonform vorliegt, neigt. Wenn dagegen in der älteren Zelle das festere Randprotoplasma vom perinucleären Protaplasma sich gesondert hat, führt das Ödem eher zur partiellen Verflüssigung des centralen Protoplasmas.

So degeneriert auch das Epithel der äufseren Wurzelscheide des Haares, das, wie die zahlreichen Mitosen beweisen, als ein sehr jugendliches gelten mufs, nur ballonförmig; nirgends sind Spuren retikulierender Degeneration im Haare nachzuweisen.

Der Pockengrund.

Den Pockengrund bilden die nackt in die Pockenhöhle hineinragenden oder epithelbekleideten Papillen. An ganz frischen Bläschen reicht die Pockenhöhle nirgends bis auf den Pockengrund hinab, überall sind die Papillen noch mit Epithelien bekleidet. Letztere sind selten normale Basalzellen; sie zeigen vielmehr meist mehr oder weniger Spuren der ballonförmigen Degeneration. Sie haben sich von ihren Nachbarn ganz oder teilweise losgelöst und liegen wie Geröll auf dem Grunde herum. Eine Ausnahme macht einzig unser mehrerwähntes Präparat, wo wir am Grunde die horizontal geschichteten, komprimierten Epithelien der Cutis aufliegend sahen.

Die Papillen am Pockengrunde sind meist länger als normal, abgesehen von dem eben besprochenen Präparate, wo sie durch Kompression völlig abgeflacht erscheinen.

Immer sind dagegen die lateralen Papillen als Ausdruck der starken Proliferation des Epithels ungemein stark verlängert.

Die einzelnen Cutisbestandteile, elastisches und collagenes Gewebe haben sozusagen keine Veränderung erlitten; die Cutis beteiligt sich eben nur insofern am Variolaprozefs, als sie die Strafse für die in die Pockenhöhle eindringenden Wanderzellen abgiebt. — Sie ist reichlich mit Eiterzellen durchsetzt und ödematös, besonders stark sind die Papillen infiltriert. Lymphwege, Spalten wie Gefäfse, sowie die Kapillaren erscheinen, beträchtlich erweitert.

WEIGERTS Schollen.

WEIGERT führte, wie schon erwähnt, den ganzen Pockenprozefs in erster Linie und ausschliefslich auf eine diphtheroide Degeneration der

Epithelien in den unteren Schichten der Pocke zurück. Er fand hier kernlose Schollen, die sich schlecht färbten und die Reaktionen abgestorbener Massen gaben.

Diese durch direkte Giftwirkung entstandenen kernlosen Schollen sollten erst sekundär alle übrigen Veränderungen erzeugen. Seitliche Epithelproliferation, Höhlenbildung, Eiterung — all' dies ist für WEIGERT nur Folge der primären Zellnekrose. Ich habe bei meinen Untersuchungen selbstverständlich auf diese Frage meine besondere Aufmerksamkeit gerichtet und bin zur Überzeugung gekommen, daſs WEIGERTS Theorie nicht haltbar ist, wenigstens nicht in ihrem ganzen Umfange.

Wenn WEIGERT Recht hätte, dann müſste es doch ein frühestes Stadium geben, in dem nur kernlose Schollen zu finden wären, in dem von wuchernden Epithelien, Eiterung, Höhlenbildung etc. noch keine Rede wäre. Ein solches Bild zu finden, gelang mir aber nicht. — Selbst in meinen frischesten Bläschen, die aus sehr früher Zeit stammen, ist von kernlosen Schollen auch garnichts zu sehen. Nicht eine Zelle ist da, die nicht einen schön gefärbten Kern besäſse und trotzdem hat sich hier schon eine ganz respektable Höhle gebildet und sind die seitlichen Epithelien in lebhafter Proliferation begriffen.

In alten Pusteln finden sich wohl hin und wieder kernlose Gebilde, aber nur in geringer Anzahl und vielleicht bloſs deshalb, weil das Präparat überhaupt ungenügend gefärbt war.

Auf alle Fälle müſsten WEIGERTS Schollen in jedem Präparate zu finden sein und zwar in groſser Zahl. Das ist nun entschieden nicht der Fall.

Die wenigsten Präparate weisen überhaupt kernlose Gebilde auf, und die, welche es thun, nur in geringer Menge. Wenn also WEIGERTS Schollen quantitativ nicht die Bedeutung besitzen, die ihnen WEIGERT zuschreibt, so können sie es auch nicht qualitativ. Sie können unmöglich die Ursache der übrigen Prozesse sein.

Es ist übrigens auffallend, daſs gerade ein Präparat, das in MÜLLERscher Flüssigkeit gehärtet worden war, also in derselben, die WEIGERT gebraucht hatte, ganz ausnahmsweise viel kernlose Gebilde aufwies. Möglich, daſs durch diese Härtungsmethode die Tingibilität der Kerne Einbuſse erlitten hat, möglich auch, daſs bei WEIGERTS Epidemie eine ausnahmsweise schwere Giftwirkung im Spiele war, die so eminent zerstörend die Zellen beeinfluſste.

Die seitlichen Wangen.

Während im Centrum der Pocke ein destruktiver Prozeſs sich etabliert hat, finden wir die peripheren Partien des Epithels in lebhafter Proliferation begriffen. Die Papillen daselbst sind durch das stark wuchernde Epithel beträchtlich verlängert, die superpapillare Stachelschicht ist wohl

ums doppelte und mehr verdickt, zahlreiche Mitosen in den tiefen Lagen beweisen, dafs hier eine lebhafte Zellproliferation vor sich geht.

Dieser ganze Epithelwall ist aber nicht nur durch die Proliferation verdickt worden, er ist auch ödematös angeschwollen. Die intercellulären Räume sind beträchtlich erweitert, die Zellen haben etwas von ihrer Tingibilität eingebüfst, die Kernhöhlen sind gröfser als normal. In den intercellulären Spalten finden sich hin und wieder Herxheimersche Spiralen (i. e. Fibrin).

Die Zellen gehen aber nicht unvermittelt in die völlig degenerierten Partien über, sondern es finden sich alle möglichen Übergänge von einfach hydropischen, schwach tingiblen Zellen mit erweiterter Kernhöhle und solchen mit geschrumpften maulbeerförmigen Kernen mit fast ganz aufgehelltem Protoplasma bis zu jenen oben beschriebenen ganz der retikulierenden Degeneration zum Opfer gefallenen Zellen.

Die Eiterung.

Schon in sehr frühen Stadien finden wir Cutis und Pockenhöhle reichlich mit Eiterzellen durchsetzt. Eine Ausnahme macht wieder unser schon mehrfach erwähntes Präparat, wo die Pockenhöhle noch gänzlich frei von Eiterzellen geblieben ist. In der Cutis liegen die Leukocyten besonders zahlreich in den Papillen und dicht unter denselben, sodann den Gefäfsen, Knäuelgängen und Haarfollikeln entlang.

Auch die Pockenhöhle ist meist schon stark eitrig infiltriert, doch erreicht die eitrige Infiltration nie den hohen Grad, wie im Stadium der Akme, wo oft vor lauter Rundzellen kaum mehr etwas vom Gewebe zu erkennen ist.

Akme.

Im Stadium der Akme ist die kleine Papel zu einer bis erbsengrofsen, gedellten oder ungedellten Pustel herangewachsen. Ihre Basis ist von einem roten Saum umgeben, oft auch von einem gröfseren entzündlichen Hof.

Mikroskopisch unterscheidet sich die Akme wesentlich in zwei Dingen vom beginnenden Bläschen: Einmal durch die enorme Steigerung der eitrigen Infiltration, zum anderen durch die grofse Ausdehnung, welche die Höhlenbildung gewonnen hat.

Ad 1. Die Eiterung hat besonders in der Pockenhöhle so grofse Dimensionen angenommen, dafs es schwer fällt, Details genau zu erkennen. An einzelnen Präparaten ist die Masse der Rundzellen in der Pockenhöhle so dicht, dafs der Höhleninhalt beinahe den Eindruck eines soliden Körpers macht. Auch die Epithelstränge, sofern sie noch erhalten, sind mit Leukocyten durchsetzt.

Die Cutis ist nicht in dem Grade, wie man vielleicht erwarten

könnte, infiltriert. Bei einzelnen Pocken, die vielleicht die Akme schon etwas hinter sich haben, scheint sie sogar ärmer an Rundzellen zu sein als im Bläschenstadium. Es ist, als ob der Eiterstrom bereits aufgehört hätte zu fließen und als ob nur noch sein Gerölle, die weißen Zellen, in der Pockenhöhle liegen geblieben, während es aus der Cutis schon wieder ausgeschwemmt wäre.

Dagegen sind die vorher von Rundzellen unberührten seitlichen Wangen kolossal mit Eiterzellen überschwemmt worden. Da die seitlichen Wangen der benachbarten Pocken dasselbe Schicksal erlitten haben, so bleibt zwischen den zwei Nachbarn eigentlich keine normale Epidermis mehr übrig.

Die Pockendecke ist an einzelnen Präparaten eingerissen, die eiternde Pockenhöhle liegt offen zu Tage.

Dieses Platzen der Pusteln ist gewiß in vielen Fällen nur eine Folge traumatischer Einwirkungen, respektive durch Kratzen und Scheuern bewirkt. Die Pustel braucht nicht notwendigerweise zu bersten.

Ad 2. Enorme Dimensionen hat, wie erwähnt, die Höhlenbildung angenommen. Bei einzelnen Schnitten, wo der Inhalt der Pockenhöhle herausgefallen ist, erstreckt sich eine gewaltige pilzförmige Höhle von der Hornschicht der Decke bis auf die Papillen hinab. Von Epithelsträngen und Balken ist hier nichts mehr zu sehen, dieselben sind durch die Eiterung zerrissen und aufgelöst worden.

Besonders aber hat das System der Nebenhöhlen eine gewaltige Ausdehnung erlitten. In dem vorher geschwellten ödematösen seitlichen Wall haben sich unter starker Eiterinfiltration in den höheren Schichten die retikulierende, in den tieferen die ballonierende Degeneration eingenistet. Wie früher im Centrum, ziehen nun auch hier in den seitlichen Partien komprimierte Epithelstränge von der Decke zum Grunde. Die Proliferationszone ist weiter nach außen gerückt. Indem nun die Nebenhöhlen der einen Pocke mit denen der benachbarten konfluieren, kommt es zu einem ununterbrochenen System von Höhlen, Variola confluens.

Die Cutis erscheint im Akmestadium hochgradig ödematös. Ihre Lymphspalten sind noch mehr erweitert als im Anfangsstadium. Dasselbe gilt von den Kapillaren.

Das elastische Gewebe hat keine Veränderungen erlitten; es läßt sich, wo die Eiterzellen das Bild nicht zu sehr verdecken, bis in die Papillen hinein verfolgen.

Eine wichtige Frage ist die, ob die Papillen durch den Pockenprozeß zerstört werden oder nicht.

Ich habe nun meine Präparate hierauf durchgemustert und nirgends mit Sicherheit zerstörte Papillen oder in Auflösung begriffene gesehen. Das was zur Abflachung der Papillen in der Narbe führt, ist ein später zu besprechender Umstand.

Dellenbildung.

Die Dellenbildung im Stadium floritionis ist keineswegs specifisch für die Variola; sie kommt auch bei anderen Prozessen, so bei der Akme varioliformis, bei der Vaccine, selten bei den Varicellen zur Beobachtung. Die letzteren zeigen sogar manchmal geradezu ein umgekehrtes Verhalten und werden daher im Volksmunde auch als Spitzpocken bezeichnet. Immerhin ist die Delle für die Variola etwas so Charakteristisches, dafs man selten Fälle ohne Dellen zu sehen bekommt, und dafs man sie differentialdiagnostisch sehr wohl verwerten darf.

Wie entsteht nun die Delle?

Auspitz und Basch erklären sich die Dellenbildung folgendermafsen: Die geschwollenen Zellen des Rete Malpighii, welche das Knötchen ausmachen, beginnen am dritten Tage an der Peripherie weiterzuschwellen, während sie im Centrum sich teils zu einem Maschenwerk, teils zu Eiter umwandeln. — Im Centrum, wie in eine Kapsel eingesperrt, vermehrt sich der Eiter nur langsam und hält nicht mit der durch die Schwellung und Maschenwerkbildung erzeugten Volumsvermehrung Schritt. Zudem resorbieren die seitlichen Zellen einen Teil des Eiters und sinkt der Papillarkörper ein. Daher sinkt auch die an der Peripherie gestützte Epidermis im Centrum, wo diese Stütze fehlt, dellenförmig ein.

Rindfleisch sieht in der konzentrischen Anordnung vieler Pocken um die Mündung eines Haarbalges oder einer Knäueldrüse die Ursache der Dellenbildung und betrachtet somit diese Gebilde als Retinacula.

Weigert hält diese Erklärung nicht für ausreichend. Nach ihm liegt der Kernpunkt der ganzen Dellenbildung im Gegensatz der nekrotischen Mitte zur wuchernden Peripherie.

Er mifst allerdings dem seitlichen Auftrieb einen hervorragenden und primären Einflufs bei; aber für ihn sind die diphteroiden Balken, die von der Pockendecke zu den Papillen ziehen, eine conditio sine qua non für die Dellenbildung. Diese Retinacula, wie er sie nennt, fixieren das Centrum der Decke am Grunde, so dafs dasselbe dem allgemeinen Auftrieb der Pocke durch die seitliche Epithelproliferation und dem Druck des Eiterstromes nicht Folge leisten kann. Reifsen diese Retinacula, vom Eiter zerstört, später ein, so verschwindet auch die Delle, wie es faktisch gegen Ende der Akme der Fall zu sein pflegt.

Wenn ich meine Präparate nun auf diese Frage hin durchmustere, so mufs ich gestehen, dafs ich keine einzige gedellte Pocke finde, wo nicht die Pockendecke durch irgend etwas mit dem Pockengrunde verbunden wäre. Einmal ist es ein Haarbalg, ein andermal ein Knäuelgang, wieder in anderen Fällen sind es dicke, durch Kompression der Degeneration entgangene Epithelstränge.

Ich denke mir die Sache ungefähr so: Das Primäre ist entschieden

die Proliferation des seitlichen Walles; wo diese fehlt, wie bei den hämorrhagischen Pocken, fehlt auch die Delle. Aber damit eine Delle zu stande kommt, mufs noch ein zweites Moment in Wirksamkeit treten. Es mufs im Centrum der Pocke irgend etwas sein, das die Pockendecke am Grunde fixiert, das verhindert, dafs die centralen Partien der Decke durch den einströmenden Eiter emporgewölbt werden. Dieses Etwas kann sein ein Haarbalg, ein Knäueldrüsengang, es kann aber auch ein durch Kompression der Degeneration entgangener Epithelstrang die Fixation bewirken. Wo diese Stränge fehlen, oder wo sie durch den Eiter eingeschmolzen sind, finden wir auch keine Delle.

Untere Delle.

Weigert hat zuerst, wenn wir von einer Notiz des älteren Simon absehen, ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dafs es Pocken giebt, die nicht nur eine obere Delle, sondern auch eine untere besitzen. Gewisse Pocken, z. B. die an der Planta haben sogar nur eine untere, d. h. die Cutis bildet hier, um mit Simon zu reden, „in der Mitte der Pustel eine an ihrer Basis rundliche Erhöhung. Diese ist von einer Vertiefung umgeben, welche wie ein Graben die erhabene Stelle einfafst und unter dem Niveau der benachbarten normalen Cutisoberfläche liegt."

Die Entstehung der unteren Delle erklärt sich leicht aus der Prädilektionsstelle ihres Vorkommens. An Vola und Planta ist die Hornschicht so riesig dick und resistent, dafs der Druck der proliferierenden Epithelien aufgehoben wird. Dafür macht er sich unten in der Cutis geltend. Da diese jedoch da, wo der Druck zunächst wirkt, nämlich peripher, nirgends ausweichen kann, pflanzt sich der Druck centripetal fort und treibt das Centrum des Pockenbodens nach dem Orte des geringsten Widerstandes, nämlich nach der Pockenhöhle vor. Die Cutis wird also im Centrum beinahe konisch ins Innere der Höhle vorgewölbt, es entsteht eine untere Delle.

An Vola und Planta erreicht der seitliche Epithelwall dadurch dafs er sich nicht nach oben zu ausdehnen kann, eine so mächtige Entwickelung nach unten, dafs beinahe ein solider Pockenkörper zu stande kommt.

Abheilung.

Das Studium der Abheilung hat nicht nur grofses theoretisches Interesse, sondern auch eminent praktische Bedeutung.

Die hochgradige Entstellung, welche die Pockennarbe im Gesichte setzt, hat für die Träger der letzteren, zumal für weibliche, so schwere Folgen, dafs es unsere Aufgabe sein mufs, bei der Behandlung Variolakranker alles zu thun, was irgend die Entstehung häfslicher Narben verhindern kann.

Vielleicht giebt uns das Studium der Abheilung in dieser Hinsicht brauchbare Gesichtspunkte.

Nachdem die Akme überschritten ist, beginnt die Abheilung damit, dafs die Eiterung nachläfst. Die Cutis, die noch kurz vorher von Leukocyten überschwemmt war, hellt sich auf. Nur in den Papillen, entlang den Gefäfsen und Knäueldrüsengängen finden sich noch zahlreiche Rundzellen. Am Pockengrunde hebt sich bei einzelnen Präparaten eine zickzackförmige Linie so scharf von der Umgebung ab, dafs ich sie als Demarkationslinie ansprechen möchte.

Nun trocknet der Inhalt der Pustel unter seiner Horndecke zur späteren Kruste ein und gleichzeitig beginnt der seitliche Epithelwall von neuem mächtig zu proliferieren, und schiebt, ein dünnes Epithelband, oder richtiger gesprochen, eine dünne Epithelmembran centripetal unter den abgestorbenen eingetrockneten Massen durch auf der Cutis gegen die Pockenmitte vor.

Zu Beginne bleiben im Centrum Cutis und Pockenhöhle durch die centrale Öffnung der Lamelle noch in Kontakt. Langsam aber schliefst sich die letztere irisblendenartig, indem ihr innerer Rand immer mehr von der Peripherie her vorgestofsen wird, bis zuletzt die Cutis völlig überhornt und von der Pockenhöhle abgetrennt ist.

Diese Epithelmembran ist natürlich peripher dicker als central, wo sie nur aus 4—5 Lagen panzerloser, horizontal geschichteter Stachelzellen aufgebaut ist. Die Zellen liegen, da sie ja von aufsen vorgestofsen sind, horizontal und enthalten keine Mitosen. Nur ganz peripher beteiligen sich alle drei Schichten der Epidermis am Aufbau der Membran, weiter nach innen verschwinden die Körnerzellen, und ganz central haben wir im Beginne nur Stachelzellen vor uns.

Unterdessen ist der Inhalt der Pockenhöhle ganz zu einer starren kompakten, bikonvexen Masse, der Kruste, eingetrocknet. Dieselbe läfst noch undeutlich ihre Abstammung von Wanderzellen, Fibringerinnsel und degenerierten Stachelzellen erkennen.

Die alte Hornschicht ist entweder schon früher abgefallen oder sie hängt durch feine Fäden mit der Kruste zusammen oder sie überzieht noch die alte Höhle, so dafs die Kruste völlig abgekapselt zwischen der alten und neuen Hornschicht daliegt.

Von Papillen sehen wir in diesem Stadium so viel wie nichts; die Grenze zwischen Cutis und neuem Epithel verläuft ganz geradlinig. Es sind eben die ersteren durch den Druck der Kruste abgeplattet worden, keineswegs aber, wie man meinen könnte, dem Destruktionsprozesse zum Opfer gefallen. Ich verweise in der Beziehung auf das früher schon Besprochene.

Trotzdem hat die Abplattung der Papillen für die spätere Narbe

schlimme Folgen. Es geht nämlich dadurch die Oberhautfelderung verloren, die Narbe wird darum glatt, glänzend statt wie die normale Haut matt und hebt sich doppelt scharf von der Umgebung ab.

Von grofser Bedeutung für die spätere Narbe ist ferner die Dicke der Kruste. War die Pockenhöhle sehr tief, so mufs auch die Kruste ungewöhnlich dick und massig werden; das junge Epithel wird dementsprechend gezwungen, sehr tief und unter grofsem Druck unter die Kruste hinabzusteigen. Es kann sich nur langsam und in dünner Lage weiterschieben. Die Narbe wird daher eine sehr tiefe, kraterförmige werden. So sehen wir bei einem meiner Präparate die dicke massige, linsenförmige Kruste wie einen Mühlenstein in ihrer kraterförmigen Höhle liegen und die Epithelmembran zwingen, tief hinabzusteigen.

Eine solche dicke Kruste wird selbstverständlich auch einen ganz besonders starken Druck auf ihre Unterlage ausüben und den Papillarkörper zur Fläche ausdehnen. — Es entsteht also nicht nur eine sehr tiefe, kraterförmige, sondern auch eine glänzende Narbe.

War die Pockenhöhle dagegen nur wenig tief, die Kruste somit nur klein und leicht, wurde vielleicht die letztere gar noch frühzeitig abgelöst, so resultieren für die künftige Narbe die günstigsten Umstände. Die Membran braucht nicht so tief hinabzusteigen, sie kann sich rascher und in dickerer Lage vorwärts schieben, die Papillen werden nicht gänzlich abgeflacht, kurz, es entsteht eine wenig tiefe, flache, matte Narbe, die kaum den ursprünglichen Sitz der Pustel noch verrät.

Die Cutis wird während dieses Abheilungsprozesses immer freier von Wanderzellen, doch bleiben solche, sowie eine mäfsige Erweiterung der Lymphspalten und Kapillaren noch längere Zeit erkennbar.

Die von der ballonförmigen Degeneration ergriffenen Haarbälge scheinen sich sehr rasch zu erholen, wenigstens fand ich solche völlig regeneriert, während der übrige Abheilungsprozefs noch nicht zum Abschlufs gediehen war.

Therapeutische Bemerkungen.

Da ich selbst bis jetzt sehr selten Gelegenheit hatte, Variolakranke zu behandeln, will ich nicht in Details der Variolatherapie eintreten, sondern nur versuchen, aus dem anatomischen Bilde der Abheilung die Indikationen abzuleiten, denen wir nachkommen müssen, wenn wir eine möglichst wenig entstellende Narbenbildung erzielen wollen.

Wir haben gesehen, dafs der Pockenprozefs an und für sich die Cutis nicht schädigt. Nirgends konnten wir durch Eiterung zerstörte Papillen entdecken. Gewifs spielen, wenn es zu ausgedehnten Vereiterungen des Papillarkörpers kommt, sekundäre Infektionen eine grofse Rolle.

Diese können und müssen wir hintan halten, indem wir verhindern, dafs die Kranken sich ihre Pusteln zerkratzen und so allerlei

Staphylokokken und Streptokokken Thür und Thor öffnen. Zerkratzte oder spontan geplatzte Pusteln müssen doppelt sorgfältig rein gehalten und vor Infektion bewahrt werden. Dies kann gewifs leicht durch irgendwelche antiseptische Bedeckungen, Verbände, Salbenmulle geschehen. SCHWIMMER (*Zur Therapie der Variola vom Standpunkte der Mikrokokkuslehre*, 1880) glaubt durch solche Mafsnahmen sogar die Lebensfähigkeit der supponierten Variolaorganismen beschränken zu können.

Wir müssen aber auch versuchen in den Prozefs der Abheilung selbst einzugreifen, indem wir

1. die Ablösung der drückenden Kruste veranlassen, bevor das neue Epithel dieselbe umwachsen hat, und

2. das junge Epithel mächtig zur Proliferation anregen.

Dies kann zum Beispiel durch alkalische Waschungen, Bäder oder vielleicht noch besser durch Salicylpflastermulle geschehen.

Ist der günstige Moment verpafst, hatten wir bereits eine fertige, kraterförmige, glänzende Narbe vor uns, so können wir immer noch versuchen, dieselbe zu verbessern, indem wir z. B. mit Resorcinpaste mehrmals die Oberhaut abschälen, dadurch den Papillarkörper heben und nun unter Zinkleim die Bildung einer neuen weniger glänzenden und weniger tiefen Narbe erstreben.

Zur Anatomie der Vaccinepusteln der Menschen.

Kurz nach Abschlufs meiner Arbeit über Variola hatte ich Gelegenheit, bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde je eine Vaccinepustel am 5., 6. und 8. Tage nach der Impfung zu exstirpieren und nach den früher angegebenen Methoden zu untersuchen.

Impf- und Variolapusteln unterscheiden sich von vornherein wesentlich dadurch, dafs bei der letzteren das Gift wahrscheinlich von innen aus den Gefäfsen der Cutis in die Epidermis eindringt, während wir es bei der Vaccine künstlich von aufsen in die Oberhaut bringen.

Es war zu erwarten, dafs die Verschiedenheit der Eintrittswege des Giftes sich im anatomischen Bau der Pustel geltend machen würde. Die Untersuchung bestätigte, wie wir sehen werden, diese Voraussetzung.

Bei schwacher Vergröfserung unterscheidet sich die Vaccinepustel vom 5. Tag nicht wesentlich von der Variolapustel zur Zeit der Akme. Wir haben ein kleines, wenig über die umgebende Haut erhabenes Bläschen, an dem wir wieder unterscheiden können: die Pusteldecke, den von den nackten oder epithelbekleideten Papillen gebildeten Pustelgrund, die seitlichen proliferierenden und ödematösen Wangen und die Pustelhöhle samt Inhalt. Auch hier ziehen komprimierte Balken von der Pockendecke gegen die Papillen des Grundes hinab.

Auffallend erscheint, welche grofse Ausdehnung die Höhlenbildung am 5. Tage schon erreicht hat. Dieselbe erstreckt sich stellenweise von der dünnen Decke bis auf die nackten Papillen. Auch seitlich hat sie verhältnismäfsig weit um sich gegriffen. Das Balkenwerk bietet dem entsprechend nicht das komplizierte Bild dar, das wir von der Variola her kennen. Es handelt sich hier nur um wenige starke, senkrecht oder schräg von der Decke gegen den Grund verlaufende Epithelbalken.

Auch den zwei bei der Variola eingehend besprochenen Degenerationsformen der ballonierenden und retikulierenden Degeneration begegnen wir hier wieder. Während aber bei der Variola die ballonierende nur die untersten Schichten der Epidermis, die retikulierende dagegen nur die höchsten und mittleren Lagen okkupierte und nur in Ausnahmefällen bis auf den Pockengrund hinab sich erstreckte, sehen wir bei der Vaccine beide Formen in allen Schichten des Epithels sich etablieren, also die retikulierende auch am Grunde, die ballonierende auch in den oberen Regionen. Möglicherweise hängt diese andersartige Verteilung der Degenerationsformen mit der Verschiedenheit der Eintrittspforten des Giftes zusammen. Im ganzen hat die Ballonierung der Variola gegenüber eine gröfsere Ausdehnung gewonnen. Nichtsdestoweniger hat sie sich auch bei der Vaccine vorzugsweise am Grunde, die Retikulierung in den höheren Regionen lokalisiert.

Die seitlichen Wangen

unterscheiden sich nicht von denen der Variola. Auch hier hat die mächtige Proliferation der Epithelien, erkennbar an den zahlreichen Mitosen und der Verlängerung der Papillen, im Vereine mit dem Ödem zur Bildung eines peripheren Epithelwalles und zur Auftreibung der Randpartien der Decke geführt.

Der Pockengrund

wird von zum Teil nackten, zum Teil epithelbekleideten, wohl erhaltenen, meist etwas verlängerten Papillen gebildet.

Die eitrige Infiltration

der Cutis und Pockenhöhle ist merkwürdig schwach ausgebildet. Nur am Grunde der Höhle, in den Papillen und entlang den Gefäfsen und Drüsengängen finden sich relativ spärliche Leukocyten; während in der Akme der Variola die Eiterung so stark überhand genommen hatte, dafs das Bild fast völlig verwischt wurde. Grofses Interesse bietet nun der Einstichkanal, der ziemlich im Centrum der Pustel als keilförmiges Gebilde die Pockenhöhle durchsetzt und bis beinahe auf den Pockengrund führt. Hier hat zweifelsohne die stärkste Giftwirkung stattgefunden.

An der Oberfläche markiert sich der Einstichkanal durch Ablösung der Hornhautlamellen und eine leichte Delle.

Der keilförmige Stichkanal wird umgeben von teils komprimierten, teils degenerierten Zellen, die hier am Orte der stärksten Giftwirkung eine Art Säule bilden, welche die Decke mit dem Grunde verbindet, während rings um dieselbe herum die ganze Zellenmasse in der Höhlenbildung aufgegangen ist.

Es sind also die am stärksten vom Gifte betroffenen Zellen der völligen Auflösung entgangen. Hier finden sich auch kernlose Gebilde, die an Weigerts Schollen erinnern.

Wie bemerkt konkurrieren die zwei bei der Variola beschriebenen Degenerationsformen auch hier bei der Vaccine.

Ich fand aber bei dem am achten Tage exstirpierten Präparate eigentümlich degenerierte Zellen, wie ich sie weder bei der Variola noch bei den vom fünften und sechsten Tage stammenden Vaccinepusteln je getroffen habe.

Besonders in den hohen Regionen der Stachelschicht und zwar sowohl dicht unter dem Centrum der Pockendecke, als seitlich in der Nähe des Epithelwalles sah ich grofse ballonierte Zellen, deren Randpartien aussahen, als ob sie in retikulierender Degeneration begriffen seien.

Grofse getrübte Zellen mit wohlerhaltenem hellen Kern zeigen eine stark aufgehellte in ein feines, zackiges, konkav ausgehöhltes Netz aufgelöste Randpartie, die Zellhülle mit dem restierenden dunklen Protoplasma verbindet. Zuweilen schliefst dieser Zackenkranz noch einen zweiten konzentrischen ein. Diese Zellen sehen somit am Rande durchlöchert, wie ein feines Spitzengewebe, aus. (Siehe Fig. 3.)

Es macht den Eindruck, als ob ballonförmig degenerierte Zellen nachträglich der retikulierenden Degeneration unterlegen seien.

Ich lasse es dahingestellt, ob sich wirklich eine solche sekundäre retikulierende Degeneration der ursprünglich ballonförmig degenerierten Zellen hier abgespielt hat, ob wir also gewissermafsen Übergangsformen der zwei Degenerationen vor uns haben. Unmöglich scheint mir ein solcher Vorgang nicht zu sein.

Wie bei der Variola, lassen sich auch hier mehr- und zwar dreikernige Ballons nachweisen. Mehr als drei Kerne konnte ich nie finden.

Die Pustel vom 8. Tag

unterscheidet sich, abgesehen von der eben besprochenen, bei ihr allein aufgefundenen Degenerationsform nur unwesentlich von den Pusteln des 5. und 6. Tages; die Höhle ist etwas gröfser geworden, die eitrige Infiltration hat zugenommen, aber auch bei dieser 8 Tage alten, also vom Höhenstadium stammenden Pustel hat sie bei weitem nicht den Grad erreicht, wie bei den Variolapusteln der Akme, vielleicht weil hier eine sekundäre Infektion durch den aseptischen Verband ausgeschlossen blieb.

Ich bedaure, dafs ich nicht in den ersten Tagen nach der Impfung Exstirpationen vornehmen konnte, da ich vielleicht Aufschlüsse über die Natur der verschiedenen Degenerationsformen gewonnen hätte.

Jedenfalls müssen künftige Untersuchungen über die Vaccine an möglichst früh exstirpierten Exemplaren vorgenommen werden.

Wenn ich nochmals zusammenfasse, was die Vaccine von der Variola unterscheidet, so ist es ungefähr Folgendes:

1. Bei der Vaccine hat die ballonierende Degeneration viel gröfsere Ausdehnung gewonnen als bei der Variola.

2. Während bei der Variola am Pockengrunde nur die ballonierende, in den höheren Regionen nur die retikulierende Degeneration zu stande kommt, etablieren sich beide Degenerationsformen bei der Vaccine in allen Schichten der Epidermis.

Es hängt dies vielleicht mit der Verschiedenheit der Eintrittswege des Giftes zusammen.

3. Bei der Vaccine finden sich am 8. Tage Zellen, die Merkmale beider Degenerationsformen an sich tragen; bei der Variola fand ich solche Zellen nicht.

4) Die eitrige Infiltration erreicht bei der Vaccine bei weitem nicht den hohen Grad wie bei der Variola.

Zum Schlusse verfehle ich nicht, Herrn Dr. UNNA meinen besten Dank für seine freundliche Hülfe auszusprechen.

Über Psorospermien und Hautkrankheiten.

Von

JONATHAN HUTCHINSON, jr.
Assistierender Chirurg am London Hospital.

In einigen der früheren Nummern des *British Journal of Dermatology* sind verschiedene Mitteilungen über diesen Gegenstand veröffentlicht worden, von denen namentlich die eine sowohl bei Dermatologen als auch bei den Forschern auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie ein sehr weit verbreitetes Interesse erregt hat. Die Hypothese, dafs die gleiche Form eines tierischen Parasiten eine ganze Reihe von Krankheiten, welche untereinander so auffallend verschieden sind wie „Molluscum contagiosum", die PAGETsche Krankheit und „Keratosis follicularis", um die zweifelsohne durch dieses Agens bedingten Erkrankungen innerer Organe

gar nicht zu erwähnen, ist so seltsam und neu, dafs es nicht wunder nehmen kann, wenn das Interesse ein so lebhaftes ist.

Die von manchen Autoren vertretene Ansicht, dafs auch bei neoplastischen Epitheliomen Coccidia oder Psorospermien zu finden seien, wies auf eine Möglichkeit der Lösung der uns alle beschäftigenden Frage vom Ursprung des Krebses hin; abgesehen aber von der theoretischen, pathologischen Besprechung dürfte es offenbar von grofser praktischer Bedeutung sein, den Beweis geliefert zu haben, dafs gewisse Hautkrankheiten, welche (so weit wenigstens ihre Ätiologie dabei ins Spiel kommt) bisher vollständig in einer rätselhaften Dunkelheit eingehüllt waren, parasitären Wesens sind. In den vorliegenden Zeilen soll kurz die bisher auf diesem Gebiete geleistete Arbeit diskutiert werden, obgleich es noch nicht Zeit ist, dogmatische Schlufsfolgerungen zu ziehen. Es darf indessen als erwiesen betrachtet werden, dafs bei den drei obengenannten Erkrankungen gewisse, eigentümliche Körperchen von einer grofsen Anzahl Beobachter (sowohl in Frankreich als auch in England, Amerika und Deutschland) konstatiert worden sind, und dafs diese Gebilde in gewissem Grade Leukarts Coccidium oviforme, dessen parasitäre Natur schon längst an Tieren und gelegentlich auch an Menschen nachgewiesen worden ist, ähnlich sind. Trotzdem aber schon mehrere Autoren bei Besprechung dieses Gegenstandes diese Übereinstimmungsmomente für überzeugende Beweise für die Identität der beiden Arten gelten lassen, so bietet dennoch die Frage noch sehr erhebliche Schwierigkeiten dar. Es ist sehr zu bedauern, dafs so wenige der diese Erkrankung behandelnden Arbeiten mit genauen Abbildungen der von den Autoren beschriebenen Veränderungen versehen sind. Sie haben durch diese Unterlassung es dem Leser schwer gemacht, sich ein Urteil über den wahren Wert der betreffenden Beobachtungen zu bilden oder auch Bestätigung oder Widerlegung der ausgesprochenen Ansichten zu beschaffen. Die ausführliche Abhandlung von Wickham über die Pagetsche Krankheit, die Untersuchungen Borrels über Epitheliome und diejenigen von Malassez (*Archives de Méd. expérimentale*) sowie von Dr. Delépine (*Pathological Transactions*) über Psorospermosis bei Tieren sind alle mit guten Abbildungen ausgestattet. Ein kurzer Aufsatz vom Verfasser über Pagetsche Krankheit im *Path. Soc. Trans. for 1890* wäre auch wegen der darin enthaltenen Zeichnungen der vermeintlichen Parasiten zu nennen. Was die als „Keratosis pilaris" bezeichnete, seltene Erkrankung betrifft, so ist die einzige in letzter Zeit veröffentlichte Abbildung so roh, dafs sie für praktische Zwecke ganz wertlos ist.

Die Vermutung, dafs die bei gewissen Hautleiden zwischen dem Epithel der kranken Haut gefundenen, eigentümlichen Körperchen möglicherweise Parasiten von der Ordnung der Protozoen seien, ist zuerst

von MALASSEZ (Paris) ausgesprochen worden. Nach seiner eigenen Schilderung fiel ihm zunächst die Ähnlichkeit zwischen einigen bei Epitheliomen beobachteten Gebilden und den Coccidien der Kaninchenleber auf. Dies war schon im Jahre 1876 gewesen, aber MALASSEZ veröffentlichte nichts darüber, da er mehrere Jahre auf weitere Beweise wartete. Es ist zu erwähnen, dafs noch vor dieser Zeit LINDEMANN an menschlichen Haaren Psorospermkugeln und Gregarinen entdeckt hatte (*Bull. de la Soc. Impér. Moscou*, 1863, pag. 425 und 1865 pag. 282). LEUKART, eine unübertroffene Autorität auf diesem Gebiete, bestätigt in gewissem Grade LINDEMANNS Ansichten und weist auf eine Abbildung jener Gebilde hin, welche er in seinem klassischen Werke „Über die menschlichen Parasiten" (Edinburg 1886, pag. 227) besprochen hat. MALASSEZ hat ausgedehnte Untersuchungen über die Parasiten der Kaninchen ausgeführt und hat namentlich die Wirkung verschiedener Reagentien auf dieselben geprüft, und es ist seine diesbezügliche Arbeit (*Archives de Méd. expérimentale 1891*) nebst DELÉPINES und LEUKARTS Arbeiten das zuverlässigste Material, das uns gegenwärtig in dieser Frage zu Gebote steht. Es ist deshalb der Umstand von grofser Wichtigkeit, dafs MALASSEZ die bei Keratosis pilaris, PAGETscher Krankheit und gewissen Epitheliomfällen beobachteten Körper mit aller Bestimmtheit für parasitäre Gebilde erklärt. Dafs dieselben mit dem in der Kaninchenleber gefundenen Coccidium oviforme absolut identisch seien, hat weder MALASSEZ noch DARIER behauptet, und man mufs die grofse Anzahl nachgewiesener, verschiedener Arten von Psorospermien beim Nachforschen auf diesem Gebiete niemals vergessen. Auch wird jeder, der den Parasiten beim Kaninchen untersucht hat, sich überzeugt haben, dafs derselbe in den verschiedenen Stadien seiner Lebensgeschichte ein sehr verschiedenes Aussehen darbieten kann.

MALASSEZ glaubte, dafs Psorospermien auch bei Acne varioliformis vorhanden seien, und als Ergänzung zu seinen Beobachtungen über Epitheliome der Haut schreibt er, dafs im Jahre 1885 ALBARRAN ihm Präparate von einem Falle von ulcerierendem Epitheliom des Kiefers zeigte, welche so überzeugend waren, dafs an dem Vorhandensein der Parasiten „keine Möglichkeit zu zweifeln bestände." Im Jahre 1889 brachte ihm DARIER Präparate von einem Hautleiden, dessen Natur nicht bestimmt angegeben wird, aber welches wahrscheinlich Keratosis follicularis war, und auch hierbei fanden sich Psorospermien in reichlicher Anzahl. Hierauf folgte die Veröffentlichung von DARIERS Beobachtungen und während der letzten zwölf Monate ist die Litteratur über den Gegenstand sehr erheblich angewachsen. Wir wollen nunmehr auf die bedeutendsten Beiträge einen kurzen Blick werfen, wobei wir zunächst mit der als Keratosis follicularis bekannten Krankheit anfangen.

I. Keratosis follicularis: Dieser Name ist als eine vollständig ungefährliche, vorläufige Bezeichnung gewählt worden, um so lange gebraucht zu werden, bis die parasitäre Natur des Leidens durch weitere Beobachtungen sicherer nachgewiesen sei. DARIER hat kein Bedenken getragen den Namen „Psorospermose folliculaire végétante“ (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Juli 1889) zu gebrauchen. Die Affektion ist zugestandenermafsen sehr selten. Wie es scheint, ist dieselbe von ERASMUS WILSON unter dem Namen „Ichthyosis sebacea cornea“ (*Diseases of the Skin* 1887, pag. 348) beschrieben worden, sowie von „einigen französischen Autoren“ als „Acné cornée.“

In Amerika sind Fälle von WHITE, BULKLEY und MORROW, in Frankreich von BESNIER, THIBAULT, FOURNIER und DARIER, in England von ERASMUS WILSON und BROOKE beschrieben worden, und auch von BOECK und einigen russischen Dermatologen sind Berichte über verschiedene Fälle veröffentlicht worden. Der Umstand, dafs die Affektion eine aufserordentlich hartnäckige ist, die allen bisher bekannten Behandlungsmethoden widersteht, hat dazu geführt, dafs gelegentlich der gleiche Fall von verschiedenen Beobachtern veröffentlicht wurde; so scheint es z. B. kaum zweifelhaft zu sein, dafs der in verschiedenen Arbeiten von LUSTGARTEN, BULKLEY und WHITE beschriebene Fall ein und dasselbe Individuum betraf.

Aus den verschiedenen Schilderungen entnehmen wir, dafs das hauptsächlichste Merkmal der Krankheit aus minimalen, trockenen, papulösen, gelblich-braunen Erhebungen besteht, welche über das Gesicht, die Kopfhaut, den Rumpf (gelegentlich auch über die Extremitäten) verteilt sind. Die durch diese Erhebungen bedingte Rauhigkeit giebt der berührenden Hand ein reibeartiges Gefühl; manchmal entstehen durch das Coalescieren der einzelnen Punkte auch gröfsere Flatschen, und zuweilen entstehen dabei geradezu Hörner von allerdings ganz geringer Gröfse. Die kleinen Epithelmassen lassen sich leicht abheben und hinterlassen etwas gerötete Einsenkungen. Charakterisiert ist ferner die Krankheit durch das langsame Hinübergreifen auf die angrenzenden Teile, durch aufserordentliche Hartnäckigkeit und Widerstandsfähigkeit gegen therapeutische Eingriffe. Ihre Entstehung ist nicht an ein specielles Lebensalter gebunden. Dafs die Krankheit infektiös sei, könnte man daraus schliefsen, dafs BOECK dieselbe bei einem Vater und zweien seiner Söhne beobachtete, und WHITE bei einem Mann und zugleich bei der Tochter; indessen hat man keinen eigentlichen Beweis hierfür. Bei WHITES Fall (*Journal of Cutan. und Genito-ur. dis.* Juni 1889 und Januar 1890) hatten die Patienten viele Jahre völlig getrennt gelebt. Dr. BULKLEYS Bericht *(New York Med. News)* geht auf alle Einzelheiten ein und enthält Auszüge aus den meisten der bisher publizierten Mitteilungen; er

neigt dazu, die in den epithelialen Pfropfen oder Erhebungen gefundenen Körperchen für parasitär zu halten, obgleich die Gegner einer solchen Ansicht behaupten würden, dafs eigentümliche Formen von Kerndegeneration bei einer derartigen, durch eine Ansammlung eingetrockneten Epithels charakterisierten Krankheit wohl zu erwarten sein dürften. DARIER hebt hervor, dafs die den Coccidien ähnlichsten Körperchen sich an der Mündung des Follikels finden, also in der Tiefe der Epithelmasse und somit mehr in der Nähe der lebenden Teile. Kultur- und Inokulationsversuche haben bislang einen negativen Erfolg ergeben, und positive Beweise irgend einer Abschnürung oder der Entwickelung der mutmafslichen Parasiten sind noch nicht geliefert worden.

Es wäre hier anzuführen, dafs das Gleiche von den bei Molluscum contagiosum und der PAGETschen Krankheit gefundenen Körperchen gilt, indessen darf diesem Umstand nicht allzugrofses Gewicht beigelegt werden. Erst ganz kürzlich ist es gelungen, den Leprabacillus aufserhalb des Organismus zu züchten, und es könnten mehrere andere Beispiele ähnlicher Art bei beinahe sicher parasitären Krankheiten angeführt werden. Ebensowenig aber würde die erfolgreiche Übertragung etwa eines Stückchens des Molluscum contagiosum als Beweis für dessen parasitäre Natur, im Gegensatz zur gewöhnlichen Hauttransplantation gelten können. Erwähnenswert ist es aber, dafs DELÉPINE kürzlich Beobachtungen über die Lebensgeschichte der Kaninchencoccidien veröffentlicht hat (*Path. Soc. Trans.* 1891), welche von grofsem Interesse sind, und es ist möglich, dafs beim Weiterarbeiten in der nämlichen Richtung unter Benutzung des von verdächtigen Hauterkrankungen gewonnenen Materials diese Streitfrage schliefslich entschieden werden könnte. Dr. J. F. BOWEN, ein erfahrener Mikroskopiker, entdeckte in einigen von Dr. WHITES zweitem Falle von Keratosis follicularis entnommenen Präparaten dieselben Körper, welche von DARIER beschrieben worden sind; aber es gelang ihm nicht, davon Kulturen auf Agar-Agar und anderen Nährmitteln zu ziehen, noch auch hatten die Überimpfungen auf Tiere Erfolg.

Diejenigen, welche sich für die Litteratur dieser seltenen Krankheit interessieren, möchte ich auf BULKLEYS wertvolle Abhandlung verweisen. Aufserdem wäre ein von einem russischen Forscher verzeichneter Fall hier zu erwähnen. N. P. MANSUROFF berichtete vor dem in Moskau im Januar 1890 versammelten Kongrefs der Ärzte über einen inveterierten Fall von Hauterkrankung (dieselbe hatte neun Jahre bestanden), welche er für eine Vermischung von follikulärer Psorospermose und Molluscum contagiosum hielt. Die Affektion bestand aus einem trockenen, papulösen Ausschlag mit bräunlichen Infiltrationen und hatte stetig sich über den ganzen Rumpf ausgebreitet. Patient war ein erwachsener Mann. Der mikroskopischen Untersuchung nach glaubte Verfasser, dafs in den

erkrankten Epithelgebieten sich grofse Mengen von Psorospermien fanden, und dafs diese die Ursache der Krankheit waren ebenso wie bei Molluscum contagiosum und der PAGETschen Krankheit, und dafs der Unterschied zwischen diesen Krankheiten einzig und allein durch die Verschiedenheit der pathogenen Coccidien bedingt sei. Ferner vertrat er die Ansicht, dafs diese Erkrankungen, da sie ja lokaler Art seien, in der Regel durch lokale Mittel geheilt würden (eine kühne Behauptung, wenigstens was zwei von den drei Affektionen betrifft), und er stellt die Vermutung auf, dafs die Coccidien von Tieren auf die Menschen übertragen würden. Derartige Ansichten sind zu hypothetisch, um ernstlich diskutiert zu werden.

II. Molluscum contagiosum. Verschiedene Beobachter haben den Gedanken gehabt, dafs die ovalen und rundlichen Zellen, welche sich in den Molluscumkörperchen finden, parasitärer Art seien, und NEISSER hat (in seiner Abhandlung über das unglücklicherweise so genannte Epithelioma contagiosum) die Ansicht verteidigt, dafs sie zu der Gattung Gregarinen gehören. LELOIR und VIDAL schliefsen sich dem nicht ganz an, und TÖRÖK und TOMMASOLI haben sich entschieden dagegen ausgesprochen. Letzterer (diese Zeitschrift Bd. X. S. 34) impfte Teile von Molluscum contagiosum auf das Gesicht eines anderen Patienten, unter die Haut und in die Bauchhöhle von Kaninchen und in die Kämme von Hühnern mit einem durchgängig negativen Resultat. Es mag hervorgehoben werden, dafs Hühner zwar gelegentlich unzweifelhafte Coccidiengebilde an ihren Kämmen aufweisen, dafs aber dieselben beim Kaninchen auf der peritonealen Oberfläche oder als Hautkrankheit niemals gefunden werden. BALLANCE und SHATTOCK haben vergeblich sich bemüht, durch Überimpfung der Coccidien aus der Leber auf die Ohren von Kaninchen eine Hautkrankheit hervorzubringen.

TOMMASOLI und TÖRÖK studierten das Verhalten der Molluscumzellen in der Warmkammer unterm Mikroskope vierundzwanzig Stunden hindurch, doch waren keine Anzeichen eines Wachstums oder einer Teilung zu beobachten. Sie bemerkten dieselbe auffällige Widerstandskraft gegen chemische Agentien, welche bei den verdächtigten Körpern der PAGETschen Krankheit beobachtet worden ist; als derartige starkwirkende Agentien sind zu nennen Essigsäure, Salpeter-, Salzsäure, Kalilauge und Salmiak. Kontrollversuche mit unzweifelhaften Kaninchencoccidien zeigten, dafs die stärker wirkenden Reagentien (mit Ausnahme von Salmiak) eine mehr oder minder rapide Zerstörung derselben verursachten oder jedenfalls ihre Struktur sehr erheblich veränderten. Sie kamen schliefslich zu dem Resultat, dafs die vermutlichen, amöboiden Körper (vielleicht kolloide?) Degenerationsprodukte seien. PIFFARD hatte auf Grund von Untersuchungen mit polarisiertem Lichte dieselbe Ansicht ausgesprochen, aber

in einem sehr treffenden Briefe im *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases* (Febr. 1891) weist POLLITZER darauf hin, dafs jener Forscher keine vergleichenden Beobachtungen mit Kaninchencoccidien angestellt hatte, und dafs der Umstand, dafs sowohl die Molluscumkörperchen als auch das verhornte Epithel das Licht durchliefsen, wenig oder gar nichts beweisen würde. Die Untersuchungen von TÖRÖK und TOMMASSOLI wiesen auf deutliche Unterschiede zwischen den Molluscumzellen und dem einfach verhornten oder keratinisierten Epithel hin. Da Molluscum eine nicht ganz seltene Krankheit ist, dürfen wir hoffen, dafs wir nicht lange auf eine endgültige Lösung dieser Frage werden warten müssen, und dafs englische Dermatologen die Sache gründlich untersuchen werden.

III. PAGETsche Krankheit. — Ekzematöse Erkrankung der Mamma. Seit DARIERS Behauptung, dafs diese Krankheit ebenfalls durch Coccidien oder Psorospermien bedingt sei, sind zahlreiche Abhandlungen darüber geschrieben worden, von denen die wichtigste die erschöpfende und vorzüglich illustrierte Monographie von WICKHAM ist (*Thèse de Paris* 1890.) Das Resultat ihrer Untersuchungen haben ferner auch BOWLBY (*Med. Chir. Soc.* 1890), HUTCHINSON (*ibid. und Path. Soc. Trans. 1890*), MACALLUM (*Canadian Med. Practitioner 1891*) und O'NEILL (*Brit. Med. Journ.* 18. April 1891) veröffentlicht. Es wird so gut wie anerkannt, dafs bei den meisten inveterierten Fällen von PAGETscher Krankheit (wobei sofort vorausgeschickt werden mufs, dafs das gewöhnliche Ekzem die Brustgegend in einer chronischen Form affizieren kann ohne das Vorhandensein von Parasiten oder wenigstens von Coccidien) eine auffällige Vakuolenbildung an den Zellen in der das kongestionierte Gebiet bedeckenden dünnen Epithelschicht besteht. BOWLBY konstatierte dies ausnahmslos bei einer beträchtlichen Anzahl von Präparaten, die er untersuchte; WICKHAM fand dies Verhalten fast, aber nicht ganz konstant. Von den fünf Fällen, welche Verfasser untersuchte, fanden sich bei dreien ovale Körperchen mit einer scharfen (häufig doppelten) Kontur und von ziemlich gleichmäfsiger Gröfse, welche sehr lebhaft an Coccidien erinnerten. MACALLUM hat, nach der seiner Abhandlung beigegebenen Abbildung zu schliefsen, ohne Zweifel die nämlichen Körperchen untersucht. Leider giebt es bisher keine Färbemethode, durch welche sie in beweisender Weise von den Zellkernen unterschieden werden können. Die Safraninmethode von VINCENT und die Karbolfuchsinfärbung von NEELSEN sind ohne endgiltige Resultate eingehend geprüft worden. In dem Verhalten der Schabepräparate gegenüber verdünnter Essigsäure, Kalilauge und Osmiumsäure, welche alle von MALASSEZ zur Unterscheidung der Kaninchencoccidien besonders empfohlen worden sind, lassen diese Körperchen mit den letzteren Gebilden eine grofse Ähnlichkeit

erkennen. Dr. THIN, der die Histologie der PAGETschen Krankheit eingehend untersucht hat, leugnet überhaupt das Vorhandensein von Psorospermien und behauptet, dafs die beschriebenen Körperchen nichts anderes als veränderte Kerne seien. Vorläufig mufs diese Frage noch unentschieden bleiben. Sehr wünschenswert wäre es, Schabepräparate von einem solchen Fall nach DELÉPINES Methode zu untersuchen und auch (neben den Versuchen der Erzielung von Reinkulturen auf Nährmedien) länger dauernde Beobachtungen der fraglichen Körperchen auf der erwärmten Platte anzustellen. Hierbei bedingt die Seltenheit der Krankheit eine grofse Schwierigkeit. Wenn es sich erweisen sollte, dafs die DARIERsche Ansicht die richtige ist, dann würde es unsere Aufgabe sein festzustellen, auf welche Weise der Parasit auf die Haut der Brustorgane hingelangt. Man mag sich erinnern, dafs Dr. RADCLIFFE CROCKER (*Path. Trans.* 1889, mit Abbildung) einen Fall beschrieben hat, bei welchem eine Krankheit, die man sehr wohl als die PAGETsche bezeichnen konnte, am Skrotum lokalisiert war, und dafs diese Affektion zwar gewöhnlich in der Nähe der Brustwarze entsteht und dieselbe auch hochgradig mit affiziert, dafs dieses aber sich nicht ausnahmslos so verhält; in einem vom Verfasser beschriebenen Falle war die Warze vollständig intakt geblieben.

Die Beweise für die Ansicht, dafs die in einer ganz grofsen Anzahl der Fälle von PAGETscher Krankheit gefundenen Körperchen als eine Form von Coccidien aufzufassen seien, sind, kurz gesagt, folgende:

1. Sie sind von ziemlich gleichmäfsiger Gröfse, in der Regel von ovaler Gestalt, mit einer schärfer hervortretenden Umgrenzung, als man sie bei den Zellkernen sieht, und haben häufig doppelte Konturen.

2. Durch Behandlung mit Kalilauge, verdünnter Essigsäure oder chromsauren Lösungen werden sie in einer mehr oder weniger ähnlichen Weise wie die Kaninchencoccidien modifiziert.

3. Die Durchschnittsgröfse ($^1/_{1000}$ Zoll oder $^1/_{35}$ mm Länge) ist ungefähr dieselbe wie die der letzteren.

4. Man findet sie in grofser Anzahl und in Gruppen beisammen liegend, wie man dies von Parasiten erwarten würde, und kann sie am leichtesten im Geschabsel von dem weiterwachsenden Rand des Krankheitsgebietes nachweisen.

5. Gegen die Auffassung, dafs es sich hier um degenerierte Zellkerne handle, sind die Thatsachen anzuführen, dafs sich öfters normale Kerne ganz in ihrer Nähe befinden, und das Epithel bei der PAGETschen Krankheit in der Regel sehr verdünnt ist, indem die Hornschichte sich auflöst.

Andererseits sind auch folgende Einwände zu erheben:

1. Bei einigen erinnert das Aussehen sehr lebhaft an modifizierte Kerne.

2. Bis jetzt sind Beweise einer wirklichen Psorospermbildung nicht beigebracht worden.

3. Die Fuchsinfärbung bei der NEELSENschen Methode gelingt nicht in der Weise, wie bei vielen Coccidien der Kaninchenleber in Schnittpräparaten. Dasselbe gilt von der VINCENTschen Färbemethode mit Safranin.

4. Kulturversuche sind bisher nicht gelungen. Indessen soll DARIER eine erfolgreiche Kultur auf einem feuchten Nährboden erzielt haben.

IV. Epitheliomata. Dieser Teil der Frage mufs mit wenigen Worten abgethan werden. Die mutmafslichen Coccidien sind hauptsächlich von ALBARRAN und MALASSEZ beobachtet worden; sie scheinen nur in sehr geringer Zahl und hauptsächlich ganz im Centrum von Nestern von Zellkugeln vorzukommen. BORREL ist *(Archives de Méd. expériment.* 1890. pag. 786) nach einer sorgfältigen Untersuchung zu dem Resultat gelangt, dafs dieselben nicht parasitär sind; und Verfasser hat eine beträchtliche Anzahl von Epitheliomfällen von verschiedenen Körperteilen mit vollständig negativem Resultate untersucht. Dafs Coccidien sich an der Entstehung von Krebs irgendwie direkt beteiligen, glaubt derselbe ganz und gar nicht. Die von BORREL abgebildeten Körperchen sind nicht ganz wie die bei der PAGETschen Krankheit beobachteten; sie zeigen hauptsächlich einen deutlich ausgeprägten centralen Kern bei gänzlichem Fehlen einer doppelten Kontur, und ihre Gestalt ist ganz unregelmäfsig und oftmals langgestreckt und schmal. Ein interessantes Experiment, das Herr D'ARCY POWER ausgeführt hat, mag hier erwähnt werden; er fand, dafs Gewebsstückchen, die er einem Falle von PAGETscher Krankheit entnommen hatte und einpflanzte, einen gewissen Reiz und eine fortwährende Absonderung verursachten; andere, vom gewöhnlichen Scirrhus entnommene Stücke brachten keine derartige Wirkung hervor, wenn die notwendigen antiseptischen Kautelen beobachtet wurden. Dr. WELCH *(Johns Hopkins Hospital Bulletin.* Nov. 1890) hat eine ausführliche Abhandlung über die angeblichen Coccidien der warzigen Epitheliome geschrieben, worin er verschiedene Theorien über deren Wesen bespricht; aber seine Angabe, dafs dieselben gewöhnlich so grofs wie ein weifses Blutkörperchen oder etwas kleiner seien, beweist, dafs, was immer er untersucht haben mag, er jedenfalls nicht die bei der PAGETschen Krankheit u. s. w. gefundenen Körperchen vor sich hatte. Andere Beobachter haben den anscheinend absurden Irrtum begangen, diese letzteren mit den sogenannten Fuchsinkörperchen, welche vor Kurzem von Dr. RUSSEL aus Edinburg bei Krebs gefunden und beschrieben worden sind, zu verwechseln. Ihre Bedeutung ist für praktische Zwecke vollständig aufgehoben durch die Entdeckung, dafs man sie in Schnitten von normalem und pathologischem Gewebe ganz unabhängig von Krebs beobachten kann.

Vorliegende Abhandlung ist eine nur unvollständige Besprechung einer schwierigen Frage, und man wird dem Verfasser vielleicht verzeihen, dafs er von einigen Arbeiten über den Gegenstand keine Erwähnung gethan hat, da er ja doch den Versuch gemacht hat, alle die wichtigeren heranzuziehen. Er hat sich bemüht, beide Seiten dieses sowohl für die Pathologie als auch für die Therapie wichtigen Gegenstandes zu beleuchten, und er hofft, dafs weitere Nachforschungen seitens der Dermatologen binnen kurzer Zeit positivere Schlufsfolgerungen ermöglichen werden, als heute noch festgestellt worden sind.

Nachtrag: Wir sind verständigt worden, dafs der im Anfangsteile dieser Abhandlung erwähnte Fall von Keratosis follicularis, den Dr. White aus Boston beschrieben hat, nicht der nämliche Fall ist wie der von Dr. Lustgarten und Dr. Bulkley in New York beobachtete.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Versammlungen.

Ungarischer Ärzteverein.

Sitzung vom 31. Oktober 1891.

1. Dr. S. Róna demonstriert einen **Fall von extragenitaler Syphilisinfektion. Sklerose in der linken Hüftengegend.** Am 24. Oktober meldete sich ein 35jähriger Kaufmann mit einem seit 7 Tagen bestehenden makulösen Syphilid. Die Anamnese ergab, dafs der Kranke am 12. September an der linken Hüftengegend eine Pustel bemerkte; dieselbe wurde von einem Provinzarzte am 15. September mit den Fingern ausgedrückt und mit einem nicht ganz neuen Verband versehen. Die Pustel wollte trotzdem nicht heilen, im Gegenteil: es trat links eine Leistendrüsengeschwulst auf, zu der sich Perilymphadenitis suppurativa gesellte, so dafs eine chirurgische Eröffnung des Abscesses notwendig wurde. Vor 7 Tagen bemerkte er das makulöse Syphilid, weshalb Patient sich auf R's. Poliklinik begab. Unter der linken Crista ossis ilei eine zollgrofse lividfarbige, scharf begrenzte, schmerzlose, in der Mitte mit frischem Epithel bedeckte Infiltration; in deren Umgebung mehrere schon in Abschuppung begriffene Papulae. In der linken Leistengegend eine wallnufsgrofse Drüsenschwellung. Makulöses Syphilid an den Armen und auf der Bauchfläche. Polyadenitis, Plaques in der Mundhöhle.

Der Modus der Infektion konnte nicht eruiert werden; sicher ist es jedoch, dafs der Arzt beim Ausdrücken der Pustel an der Infektion nicht schuld trägt, da die Inkubationszeit (32 Tage) viel zu kurz wäre.

2. Dr. Róna demonstriert ein **Diverticulum in der Pars bulbosa urethrae** bei einem 35jährigen Mann, der seit 6 Jahren an Blennorrhoea leidet und seither erfolglos behandelt wurde. Róna fand bei der endoskopischen Untersuchung (Ch. Nr. 26) am Ende des Bulbus eine blafsrote, das Lumen der Harnröhre überbrückende Falte. Ober- und unterhalb derselben sah man die Öffnung je eines Kanals. Der obere Kanal war die Fortsetzung der Urethra, der untere endigte in 1 cm Tiefe blind. Die normale Schleimhaut dieses Blindsackes und das Fehlen der Narbenpusteln beweist

dessen angeborenen Zustand und widerspricht der Annahme, daſs das Diverticulum etwa die Folge einer Fausse route von der früheren Sondenbehandlung wäre.

Dr. L. Nékám demonstriert **das Präparat einer Myocarditis syphilitica** aus dem patholog. anat. Institut des Prof. Pertik. Die Schnittfläche des hypertrophierten linken Ventriculum cordis zeigte mehrere bohnengroſse, prominierende, weiche Gummata, in deren Nachbarschaft eine consecutive diffuse Endocarditis, wodurch die Muskelsubstanz im Ostium arteriosum sin. eine fibrinöse Degeneration erlitt, und der übrige Teil zur Bildung eines 9 mm tiefen Aneurysma führte. Interessant ist der Fall, da die Myocarditis nicht am prädilektionierten Platze (unterer vorderer oder hinterer Teil der Herzkammer) sondern am oberen vorderen Segment auftrat.

Sitzung vom 7. November 1891.

Dr. A. Irsai demonstriert einen Kranken mit **gleichzeitigem Bestand von Syphilis und Tuberculosis des Kehlkopfes.** Der tuberkulöse Patient (Dämpfung beider Lungenspitzen, Bacillus Kochii im Sputum) meldete sich mit hochgradiger Dyspnoe am 5. August, so daſs am anderen Tage die Tracheotomie vollzogen wurde. Die laryngoskopische Untersuchung ergab rechts bedeutende Intumescenz des falschen Stimmbandes, so daſs das wahre ganz bedeckt war, links nur Rötung. Die Stimmritze ist durch die starke Schwellung der Kehlkopfgebilde ganz verengt. Sofort wurde auch eine Inunctionskur verordnet, der Zustand besserte sich allmälig, heute ist die linke Hälfte des Kehlkopfes ganz normal, das rechte Stimmband bei ruhigem Atmen auch schon sichtbar. Der Kranke litt vor 18 Jahren an Syphilis. I. hält die Veränderungen auf der hinteren Larynxfläche für tuberkulöse, während die übrigen geheilten syphilitischer Natur waren.

Sitzung vom 14. November 1891.

Dr. A. Havas demonstriert **einen Fall von Favus** bei einem 6 Monate alten Säugling. Interessant ist der Fall, weil die Krankheit nicht an den Kopfhaaren sondern auf der rechten Brusthälfte auftrat, und auſserdem noch das von Köbner beschriebene „herpetische Vorstadium" sichtbar besaſs. *Róna-Budapest.*

In der Sitzung der Société de derm. et de syph. vom 23. Juli 1891 stellte Matthieu einen Fall von **Vitiligo** vor. — Humbert berichtet über 12 Pälle von **Excision des Ulcus durum**; nur einmal folgten danach keine Sekundärerscheinungen. Die Stimmung in der Versammlung ist im ganzen gegen die Excision. — Über das **Pigmentsyphilid** äuſsert sich Renault. Er hat dasselbe, entgegen der landläufigen Ansicht, mehrfach bereits im Beginne des sekundären Stadiums angetroffen. Auch bestehe das Leiden nicht in einer gleichmäſsigen Verfärbung des Halses, sondern in dem Auftreten von weiſsen Flecken innerhalb eines pigmentierten Gebiets. Das eigentlich Krankhafte seien die weiſsen Flecke, die übrigens nur, wie Tanturri gezeigt habe, in Folge einer optischen Täuschung zu Stande kämen. Er möchte den Ausschlag als Pseudo-Leukodermia syphilitica bezeichnet wissen. In der sich an den Vortrag schlieſsenden Besprechung wird mehrfach die Ansicht vertreten, daſs das Pigmentsyphilid das Überbleibsel irgend eines andern Ausschlags sei. — Morel-Lavallée bespricht den Fall einer Frau, die seit 22 Jahren an **Erythromelalgie**, Morbus Weir-Mitchell, der Hände und Asphyxie der Extremitäten leidet; erstere Form entsteht nach äuſserer Hitze und während der Verdauung. Die übrigen Störungen sind gleich Null, vor allem fehlt jeder Schmerz. — Auſserdem sprechen noch: Hallopeau über **Mycosis fungoides** und **Erythema papulosum**; Jacquet über einen mittels Hydrotherapie geheilten Fall von **Lichen planus**; Barthélemy über die dem **Herpes zoster** zu Grunde liegende Neuritis; Marty über **Bromausschlag** und Arnozan über **Pseudo-Alopecie.** (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 703.) *Türkheim-Hamburg.*

Moskauer dermatologische und venerologische Gesellschaft.

Am 1/13. November v. J. fand im Miasnitzky-Hospital unter dem Vorsitz des Herrn Prof. Pospelow die erste Sitzung der dermatologischen und venerologischen Gesellschaft statt.

I. Dr. Fiweisky referierte über einen Fall von **Weichselzopf**, unter Vorführung einer Kranken. Dank den Untersuchungen Hebras, Dittels, Hamburgers u. A. ist man in der Wissenschaft bereits seit den 50er Jahren zu der Ansicht gelangt, dafs der Weichselzopf ein lokales Leiden darstelle und eigentlich nur als eine Verfilzung der Haare (Trichoma) zu betrachten sei, welche ziemlich häufig in Polen angetroffen wird, und daher den unrichtigen Namen „Trichoma oder Plica polonica" führt. Aufserdem kommt dieses Leiden in Slavonien, Kroatien, Galizien und den angrenzenden Ländern vor. Referent hatte während seines zweijährigen Aufenthalts in Polessje, und zwar in den Kreisen Slutzk und Pinsk des Minskschen Gouvernements Gelegenheit, eine recht bedeutende Anzahl von Trichomfällen unter der dortigen Landesbevölkerung zu beobachten. Auch meint Referent, es sei zu verwundern, dafs trotz der Unreinlichkeit und der geringen Pflege, die die Einwohner ihrer eigenen Person angedeihen lassen, genanntes Leiden noch relativ selten vorkommt. Badestuben giebt es dort nicht. Man wäscht sich zu Hause, und auch dieses aufserordentlich selten. Der Kopf wird fast nie gewaschen. Dazu kommt, dafs die Weiber Sommer und Winter wattierte, den Haarwuchs umhüllende Kopfbedeckung (Powoiniki) tragen. Diese Kopfbedeckung und ein Hemd bilden im Sommer die ganze Bekleidung der Weiber. Bildet sich ein Trichom, so wird entsprechend dem Wachstum desselben die Kopfbedeckung vergröfsert. Die Bevölkerung betrachtet das Trichom als innere Krankheit, von der man sich durch absichtliche Zusammenkräuselung der Haare befreien könne, woher denn auch die Mehrzahl der Weichselzöpfe als künstlich hervorgebrachte zu bezeichnen sind. Den Zopf abschneiden dagegen heifse der Krankheit den Ausweg hemmen und somit den Kranken dem unvermeidlichen Tode zuführen. Referent hatte Gelegenheit ein Trichom an einer Jüdin zu beobachten, das nur an einer langen Haarsträhne hing und neben der Trägerin desselben auf einer Bank lag. Das Abschneiden des Zopfes wurde sowohl von der Kranken als auch von deren Verwandten entschieden verweigert. Naeh den Untersuchungen des Warschauer Professors Andrejewsky kommt die Bezeichnung für Weichselzopf „koltun" von dem littauischen Worte „koltki", und da dieses wiederum „die von den Krankheiten befreienden Gottheiten" bedeutet, erkläre sich hieraus dieser unter der ungebildeten Bevölkerung obengenannter Gegenden weitverbreitete Aberglaube.

In Moskau ist der Weichselzopf eine sehr seltene Erscheinung, und zwar nicht nur unter den Prostituierten, welche das Miasnitzy-Hospital aufsuchen, sondern überhaupt unter der niederen Bevölkerung, und sogar unter denjenigen Weibern, die die Nachtasyle besuchen, bei denen so häufig Pediculosis capitis beobachtet wird. Somit lag denn auch in dem Umstande, dafs die vorgeführte Kranke eine ständige Einwohnerin Moskaus ist, ein besonderes Interesse. Und wiederum wurde auch durch diesen Fall augenscheinlich bestätigt, dafs zur Entwickelung des Weichselzopfes ausschliefslich Unsauberkeit und Nichtkämmen der Haare erforderlich sind. Diese beiden Umstände wurden im vorliegenden Falle dadurch hervorgerufen, dafs Patientin infolge einer Verletzung des rechten Zeigefingers ein Panaritium mit einem Abscess in der Ellenbogengegend erhielt, und sich 4 Monate hindurch nicht kämmen konnte. Aber als die Hand gesund geworden war, wollte Patientin die nunmehr verfilzten Haare nicht abschneiden, sondern trug den sich mittlerweile gebildet habenden Weichselzopf auf dem Kopfe, bis sie infolge eines Recidivs von Syphilis ins Miasnitzky-Hospital eintrat.

II. Dr. Mursin referierte unter Vorführung des Patienten über einen Fall von

Tuberkulose der Haut. Patient ist 22 Jahr alt, stammt aus dem Lande der Donischen Kosaken, ist Butterschläger, und war behufs Diagnose und Behandlung ins Miasnitzky-Hospital geschickt. Die Gesichtsformen sind unregelmäfsig, namentlich die Gegend der Backenknochen und des Kinnes bilden Hervorwölbungen, welche durch ein holzhartes Infiltrat der Haut gebildet werden. Die Haut selbst erhebt sich infolgedessen stellenweise über das allgemeine Niveau, stellenweise wiederum erscheint sie gleichsam eingedrückt. Die Gesichtsfarbe des Kranken ist cyanotisch; an einzelnen Stellen sind die venösen Gefäfse merklich erweitert, besonders auf dem Nasenrücken, wo ein gröfseres, stark verzweigtes venöses Gefäfs sichtbar ist. Knötchen und Knoten von derselben knorpelharten Konsistenz befinden sich auf dem weichen Gaumen, auf der rechten Wangenschleimhaut, und auch sonst zerstreut in dem Unterhautzellgewebe der oberen Extremitäten, wobei ein ebensolcher Prozefs in den Knochen der Handwurzeln und in einigen Knochen der Finger zu beobachten ist. Die inneren Organe sind gesund. Die Nasenspitze fehlt; an ihrer Stelle befindet sich eine Exulceration, welche gleichsam beide Nasenflügel von der knorpeligen Scheidewand trennt. Der Grund des Geschwüres ist uneben, die Ränder scharf geschnitten; das geringe serös-eitrige Sekret bildet beim Eintrocknen braune Börkchen. Der Grund und die Ränder des Nasengeschwüres sind knorpelartig, hart und erinnern gleichsam an ein unlängst entstandenes Rhinosclerom. Die mikroskopische Untersuchung eines am Lebenden ausgeschnittenen Hautstückchens liefs die Abwesenheit von Frisch'schen Kapselkokken sowohl im Gewebe selbst, als auch im Sekret konstatieren. Dieser Umstand, wie auch das vollständige Mifslingen von Kulturversuchen sprachen gegen die Diagnose eines Rhinoscleroms. Das Nichtvorhandensein des klinischen Bildes der Lepra, das diffuse Infiltrat von knorpelhafter Konsistenz, das gänzliche Fehlen lepröser Bacillen u. a. schlofs im gegebenen Falle Lepra aus. Gegen Sklerodermie wiederum sprachen die Beschaffenheit der sklerosierten Gewebe, die Cyanose der Haut und die Geschwüre. Behufs Klärung der Diagnose hatte sich Referent um freundliche Mitwirkung an den Prosektor der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität Herrn Nikiforow gewandt. Letzterer erkannte in dem ihm zur Untersuchung übergebenen Hautstückchen die tuberkulöse Natur des Leidens. Die Beobachtungen des Referenten sind aber noch nicht abgeschlossen, und somit erscheint sein gegenwärtiges Referat nur als vorläufige Mitteilung.

III. Dr. Sabolotzky demonstrierte den Fall eines **tuberkulösen Zungengeschwürs.** An der Spitze der Zunge des Patienten befindet sich ein Geschwür, welches im Querschnitt über 1, und im Längsschnitt etwa 3 Centimeter grofs ist, welk aussieht, oberflächlich und mit zickzackförmigen unterminierten Rändern versehen ist. Letztere sind mit kleinen miliaren Tuberkeln bedeckt. Der Grund des Geschwüres erhebt sich gleichsam über das Niveau der Zungenschleimhaut und bildet kleine Erhöhungen, welche mit einem fest anhaftenden Belage bedeckt sind. Das Geschwür ist schmerzhaft und knorpelhart. Die Sublingualdrüsen sind nicht vergröfsert, die Submaxillardrüsen der linken Seite erscheinen nur unbedeutend geschwollen, aber haben eine glatte Oberfläche und sind unempfindlich. Über und unter dem linken Schlüsselbein ist eine geringe Dämpfung des Perkussionschalles und eine Verlängerung des Exspirationsgeräusches zu konstatieren. Im Sputum befinden sich Koch'sche Bacillen. Die Temperatur ist normal. Der Kranke ist 45 Jahr alt. Die Gesichtsfarbe ist fahl. Die knorpelharte Konsistenz des Zungengeschwürs, das Alter des Patienten, die Mitaffektion der Drüsen, sowie der achtmonatliche Verlauf der Krankheit u. a. sprachen mehr für Carcinom, aber die Biopsie und die Untersuchungen des Herrn Nikiforow zeigten, dafs die Beschaffenheit der Gewebe tuberkulöser und nicht carcinomatöser Natur ist, wobei im Schleimhautgewebe der Zunge ganz charakteristische Tuberkel-

bacillen gefunden wurden. Die Frage nun, ob das Geschwür des Kranken primärer oder sekundärer Natur ist, möchte Referent, obgleich die Temperatur normal ist und es an Momenten zur Annahme des sekundären Charakters fehlt, doch erst nach fernerer Beobachtung am Kranken entscheiden, indem er sich an den Fall Shepherds erinnert, wo am Kranken mit einem tuberkulösen Zungengeschwür die innern Organe scheinbar gesund waren, und doch die Autopsie Tuberkulose der Lungen und der Testikel nachwies.

IV. Dr. Tschernogubow referierte über einen Fall von **Cutis laxa** An dem der Gesellschaft präsentierten Kranken zeigt die Haut eine ganz aufsergewöhnliche Nachgiebigkeit und Dehnbarkeit. Patient ist 17 Jahre alt. Wo die normale Haut nicht in einer Falte aufzuheben ist, wie z. B. an der Nasenspitze, am Kinn u. s. w., kann Referent dieselbe am Kranken ohne Mühe von ihrer Unterlage abheben, auf der Brust aber und auf dem Bauche ist dieselbe in allen Richtungen um einige Centimeter leicht verschiebbar. Von Jugend auf an Epilepsie leidend, hat Patient sich öfters, aufs Gesicht fallend, Verletzungen zugezogen, woher die Haut Risse bekommen, und nachher, sich schlecht kontrahierend, Narben hinterlassen hat, welche den Eindruck tiefer, in verschiedenen Richtungen laufender Fissuren machen. An denjenigen Stellen des Körpers, die äufseren Verletzungen am meisten ausgesetzt sind, wie an den Knieen, Ellenbogen und Fersen, ist die Haut noch laxer, und hat eine Art schwammähnlicher, mit der Hand leicht zusammendrückbarer, schlaff herabhängender Neubildungen hervorgebracht, die den Namen Elephantiasis mollis, Fibroma molluscum etc. tragen, In besonderer Menge befinden sich diese Geschwülste auf der linken Körperhälfte, wo auch zwei Luxationen, die eine am Ellenbogen, die andere am Hüftgelenke, sichtbar sind. Patient behauptet sich dieselben in seiner Kindheit in Folge Fallens zugezogen zu haben. Indem Referent nun diese ungewöhnliche Erschlaffung der Gelenke im allgemeinen und besonders an der linken Hand- und Fufswurzel berücksichtigt, kommt er zu dem Schlufs, dafs diese Erschlaffung des Bindegewebes nicht ausschliefslich der Haut, sondern dem ganzen Organismus zuzuschreiben sei, woher sich denn auch die Verrenkungen an der linken Ober- und Unterextremität, als derjenigen Körperhälfte angehörig, welche schwächer entwickelt ist als die rechte, erklären liefsen. Eine so mangelhafte Entwickelung ist scheinbar embryonal, wofür noch folgendes spricht: 1.) Die Nervenkrankheit des Vaters (Paraplegia), 2.) die angeborene Epilepsie des Kranken, 3.) die Verrenkungen seit der Kindheit und 4.) die zur Entwickelung gelangte Asymmetrie der rechten Gesichtshälfte zum Nachteil der linken. Schliefslich meinte Referent, im vorliegenden Falle sei die Cutis laxa nur ein Symtom der embryonalen Entwickelungshemmung. Patient unterliegt noch weiterer Beobachtung.

V. Dr. Kracht führte einen seltenen Fall von **Psoriasis vulgaris** vor. Das Interesse dieses Falles bestand 1. in der seltenen Lokalisation des Ausschlages, an Handtellern und Fufssohlen, wo genannter Ausschlag auch bei sonstiger Ausbreitung über den ganzen Körper nur selten beobachtet wird, und Syphilide hingegen oft vorkommen, und 2. darin, dafs die einzelnen Effloreszenzen trichterförmige Gebilde darstellten, welche wie Nägel in den erweiterten Hautfollikeln allenthalben safsen, und wo diese letzteren nicht vorkommen, z. B. an den Handtellern und Fufssohlen, da fehlten auch diese Gebilde. Ref. schlägt vor, diese bisher noch nicht beschriebene Form „Psoriasis follicularis infundibuliformis“ zu nennen. *Lanz-Moskau.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Über Wandlungen in den pathologisch-anatomischen Anschauungen seit dem Erscheinen der Bakteriologie, von P. Baumgarten. *(Dtsch. med. Woch.* 1891. Nr. 42.) Verf. führt an dem Beispiel der Tuberkulose aus, welche Wandlungen die Anschauungen durchgemacht haben. Ursprünglich herrschte die Ansicht, sie entstehe spontan im Körper; die Cellularpathologie lehrte die Zelle mit ihren Kräften als Kern kennen; eine besondere Diathese bestimmte den Gang der Reaktion des Organismus. Das Gift betrachtete man als flüssig wegen der Selbstinfektion auf dem Wege der Saftströmung. Die Bakteriologie lehrte den Tuberkelbacillus kennen, und nun wurde die Phthise als Inhalationskrankheit, auf Grund einer „ererbten Disposition" betrachtet. Des weiteren lehrte sie, dafs Darmtuberkulose durch Verfütterung des Bacillus entstehe; dafs Tuberkulose angeboren durch Infektion von Sperma oder Ei, oder aus dem mütterlichen Organismus durch den Placentarkreislauf entstehen könne lehrte der Befund fötaler Tuberkulose. Aber nicht immer führe fötale Tuberkulose zur Lungenerkrankung: häufig führe der Bacillus ein Scheinleben im Zustande der Latenz, bei nur erhaltener Lebensfähigkeit, um dann wieder sich zu kräftigen und irgendwo neue Prozesse zu etablieren, wozu besonders die Lungen geeignet seien. Die verschiedenen Organe bilden die verschiedenen Stationen, in denen der Bacillus in den verschiedenen Lebensperioden günstigen Boden findet und Wurzel schlägt.

F. Hahn-Bremen.

Zur Kenntnis der Bakterien des Unternagelraumes und zur Desinfektion der Hände, von Dr. J. Preindlsberger. Wien. 1891. A. Hölder. Verf. untersuchte in 24 Fällen den Nagelschmutz und fand von pathogenen Bakterien Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus pyogenes, aufserdem 19 schon beschriebene nicht pathogene Arten und 11 noch nicht beschriebene. Verf. ist dann der Frage näher getreten, welche der gebräuchlichen Desinfektionsmethoden für Hände am besten ihren Zweck erfüllt, und findet, dafs nach seinen Versuchen die von Mikulicz am seltensten im Stiche läfst. Die von Fürbringer wird als nicht sicher befunden, ebenso erwiesen sich die kürzlich veröffentlichten Methoden Gepperts als nicht ganz verläfslich.

F. Hahn-Bremen.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Aristol, von Hans Heckel. (Inaug.-Diss. Würzburg. 1890.) Verf. referiert die Litteratur über das Aristol und teilt dann die von ihm an Matterstocks Klinik an etwa 60 Patienten angestellten Versuche mit. Zur Behandlung kamen die verschiedensten Krankheiten, von denen mit Erfolg behandelt wurden: Sycosis parasitaria und Herpes tonsurans, Gummata und Herpes genitalis. Unbeeinflufst blieben Ulcera mollia, gonorrhoische Erosionen der Portio, Lupus.

F. Hahn-Bremen.

Europhen bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, von von Szoldeski. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 43. 1891.) V. fafst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen: Europhen ist ein sehr brauchbares Mittel bei der Hypersekretion der

Schleimhaut; es empfiehlt sich als Desinficiens nach Operationen in der Nase und im Kehlkopf. *P. Taenzer-Bremen.*

Über die Mikroorganismen der Eiterung, ihre Specificität, Virulenz, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung, von E. Levy. (*Archiv f. experiment. Path. u. Pharm.* 29. Bd. 2. Heft. 1891.) Verf. schildert auf Grund eines reichen klinischen Materials die durch ihn aus Eiterungen rein gezüchteten und mit Tierexperiment erprobten Mikroorganismen. Aufser den bekannten Kokken fand er häufig den Fränkelschen Diplococcus pneumoniae, und andere, aufserdem in zahlreichen Fällen Bacillen, u. a. des Typhus, den Bacillus pyocyaneus, Bacterium coli commune; auch anaërobe Bacillen fanden sich zweimal. Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlufs, dafs nicht die Art des veranlassenden Mikroorganismus so sehr die Art und Schwere der Eiterung beeinflufst, dafs man vielmehr seine pathologischen Merkmale, seinen Virulenzgrad, kennen lernen mufs, und zwar durch das Tierexperiment. *F. Hahn-Bremen.*

Über abnorme Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe, von J. Steinhaus. (*Centralbl. f. path. Anat. u. allg. Path.* 1891. II. Bd. No. 14.) Verf. fand in einem melanotischen Sarkom und in einer cirrhotischen Leber in den Zellkernen Einschlüsse, die er als rundliche, deutlich konturierte, vacuolenähnliche Gebilde beschreibt, deren Inhalt meist farblos, manchmal auch gelb oder bräunlich pigmentiert ist; sie finden sich einzeln oder zu mehreren in einem Kern; bei Färbungen nehmen sie teils Farbstoffe an, teils nicht, und bei Doppelfärbungen färben sich die einen mit der einen, die anderen mit der anderen Farbe, und zwar so, dafs die in einem Kerne liegenden Vacuolen in dieser Beziehung ein mannigfaltiges Verhalten zeigen. In einem Kern des Sarkoms sah Verf. ein Gebilde, das sich als rot (Safranin) gefärbte, scharf konturierte Masse mit excentrisch gelegenem, hellem Fleck, in dessen Innern rote Körnchen lagen, präsentierte; auch in den Einschlüssen aus der Leber fand er manchmal intensiv gefärbte Körnchen. Verf. läfst es ganz unentschieden, ob es sich hierbei um Degenerationsprodukte oder um Parasiten handelt. *F. Hahn-Bremen.*

Karyokinese und Cellularpathologie, von D. Hansemann. (*Berl. klin. Woch.* 1891. No. 42.) Verf. sucht nachzuweisen, dafs die Cellularpathologie noch viele und wichtige Fragen lösen wird, indem er auf die bedeutenden Fortschritte hinweist, welche das Erkennen pathologischer Zustände durch die Karyokinese erfahren hat:

Zellen von Geweben im ausgewachsenen Zustand, wie Bindegewebe, Muskulatur, Nervengewebe etc., zeigen keine Mitosen, in anderen Geweben (Deckepithelien, Drüsenausführungsgänge, Lymphdrüsen) findet eine permanente Regeneration statt; aus dem Fehlen der Mitosen in den Drüsen ersehen wir, dafs die Sekretion nicht ein Zugrundegehen der Zellen bedingt. Treten in ihnen Mitosen auf, so spricht das für einen pathologischen Prozefs. Bei den Zellen der zweiten Gruppe findet regelmäfsiger Ersatz des Verlorenen von den Keimcentren aus statt.

Die Form der Mitosen ist bei den einzelnen Geweben meist wohl charakterisiert; unter pathologischen Verhältnissen behalten die Mitosen entweder ihre Form, wie bei der Regeneration (daher vererbt jede Zelle die ihr bei der embryonalen Differenzierung überkommenen Eigentümlichkeiten unverändert, z. B. Muskelzellen können nur aus Muskelzellen regeneriert werden) oder sie ändern sie, wie bei den malignen Geschwülsten, erheblich, daher ist auf die Herkunft der Carcinomzellen nicht aus der Form der Mitosen zu schliefsen.

Aus der Zahl der Mitosen kann man den Grad des Prozesses beurteilen; die Teilungsdauer ist für die einzelnen Gewebe ziemlich konstant, die Ruhepause schwankt nach dem Grade der Nahrungszufuhr; in der Epidermis weisen die äufseren

Schädlichkeiten exponierten Stellen mehr Mitosen auf. Aufserordentlich zahlreich sind sie in den Lieberkühnschen Krypten. Bei Vergiftungen (in Phlegmonen, Tuberkeln) verschwinden die Mitosen gänzlich. Die zahlreichsten Mitosen findet man bei Neubildungen, dieselben brauchen deshalb aber nicht so bösartig zu sein.

Die Regeneration vollzieht sich von bestimmten, nicht beliebigen, Stellen aus: Keimschicht, Keimcentrum. In denjenigen Geweben, die normaler Weise keine Mitosen enthalten, fehlen bei pathologischen Veränderungen diese Centren.

F. Hahn-Bremen.

Pharmakologisches.

Das Gallacotophenon als Ersatz des Pyrogallols, von Dr. L. von Rekowski. (*Therap. Monatsh.* 1891. Nr. 9.) Statt des Pyrogallols hat v. Nencki einen Körper entdeckt, der eine ähnliche chemische Konstitution wie das Pyrogallol hat, jedoch eine viel geringere Oxydierbarkeit, resp. Reduktionsfähigkeit besitzt, nämlich das Gallacotophenon. Dasselbe ist ebenfalls ein Trioxybenzol, in welchem im Kerne aufser den 3 Hydroxylen ein Methylketon enthalten ist. Die Formel desselben ist $CH_3COC_6H_2(OH_3)$. Dieser Körper oxydiert sich in alkalischen Lösungen so langsam, dafs sogar alkalische Salze des Gallacotophenons dargestellt werden konnten; seine Reduktionsfähigkeiten sind bedeutend geringer als die des Pyrogallols. Es ist ein schwachgelbes Pulver, welches leicht in gelben Nadeln aus wässerigen Lösungen krystallisiert. Es ist im kalten Wasser kaum löslich, 0,18 : 100; im heifsen Wasser, Alkohol und Äther leicht und in Glycerin in jedem Verhältnis löslich. Seine Löslichkeit in kaltem Wasser kann erhöht werden durch Zusatz von Natr. aceticum. Bei einem Zusatz von 30 g Natr. acetic. können 4 g Gallacotophenon in 100 cm Wasser, das jedoch vorher erwärmt werden mufs, in Lösung bleiben. Am Tierexperiment wurde die Ungiftigkeit des Mittels konstatiert. Was die antiseptischen Eigenschaften des Gallacotophenons betrifft, so stellte sich heraus, dafs, wenn man zu 6 Tage alten, kräftigen Bouillon-Kulturen von Pyocyaneus, Prodigiosus und Staph. aureus das Mittel in dem Verhältnisse zusetzt, dafs diese Kulturen 1 % derselben enthalten, alle diese Bakterienarten in 24 Stunden abgetötet sind. Das Gallacotophenon mufs aber in Lösung (vermittelst Natr. acet.) zugesetzt werden. Auf der Klinik des Herrn Prof. v. Jetz wurden Versuche bei Psoriasis mit solchem Erfolge gemacht, dafs eine ausgezeichnete Wirkung schon nach 12 Stunden eintrat (es wurden 10%ige Salben angewandt). Die Wäsche der Kranken wird nicht verfärbt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Angioneurosen.

Pseudo-Urticaria dermographica, von E. Chatelain (Paris). (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 547.) Es handelte sich um einen Fall von Urticaria factitia bei einem 35jährigen Mann, der von erregbarem Gemüt und längere Zeit dem Absinth-Genufs ergeben war. Aufserdem litt er an wirklicher Urticaria. Abweichend von den bisher veröffentlichten Fällen waren hier die Quaddeln der Pseudo-Urticaria stark hyperästhetisch. — Die Behandlung mit Antipyrin nach Blaschko und Hautwaschungen mit Essig erwies sich in jeder Beziehung erfolgreich; Urticaria und Pseudo-Urticaria schwanden beide. — Die neue, vom Verf. eingeführte Bezeichnung Pseudo-Urticaria dermographica wird mit einigen Worten begründet. *Türkheim-Hamburg.*

Hautausschläge nach Chininum sulfuricum, von E. A. Welch. (*Med. News.* 19. Sept. 1891. Bericht über drei Fälle, bei denen die Darreichung von Chininum

sulfuricum in Gaben von 0,24 bis 0,6 bei Knaben im Alter von 15—19 Jahren intensiven, allgemeinen, erythematösen, juckenden Ausschlag in kurzer Zeit, wenigen Minuten bis einigen Stunden, hervorgebracht. Derselbe verschwand ohne besondere Therapie ziemlich bald wieder. (Ähnliche Wirkungen dieses Medikamentes sind auch sonst schon beschrieben worden. Ref.). *Philippi-Nieheim.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Leprafrage, von Ohmann-Dumesnil. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.* 1890. pg. 477.) Autoreferat. Während V. bei früherer Gelegenheit die Zahl der Leprakranken in Louisiana auf 50 angab, wird dieselbe von anderer Seite auf 75 geschätzt. Das in früheren Jahren bestehende Leprahospital habe sich als sehr nützlich erwiesen, denn die Unterbringung von möglichst allen Leprakranken in demselben habe zur Ausrottung der Krankheit geführt, und das Asyl wurde zuletzt aus Mangel an Patienten geschlossen. Dafs dennoch Lepra jetzt in Louisiana wieder zum Vorschein kommt, mag darauf beruhen, dafs bei den schlechten Verkehrsverhältnissen vor so vielen Jahren es nicht möglich war, jeden einzelnen Fall ausfindig zu machen. Dieses wäre aber jetzt viel leichter und mit viel gröfserer Sicherheit auszuführen. Schwierig, aber interessant wäre es, nachzuforschen, in welcher Weise die Lepra wieder sich ausgebreitet hat. In letzter Zeit erstreckt dieselbe sich auch auf die Neger von New Orleans. Jedenfalls würde die Krankheit, sich selbst überlassen, nicht spontan wieder verschwinden, sondern allmählich dieselben Dimensionen annehmen wie im Mittelalter und im Altertum. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)*

Lepra in Japan; Zwischenwirtthätigkeit bei deren Fortpflanzung, von Albert S. Asmead. (*Journ. of cut. and genit. ur.-dis.* Vol. VIII. 1890. pg. 220.) Es sind in Japan reichliche Beweise für die Wirksamkeit von Zwischenwirten bei der Fortpflanzung der Lepra zu finden. V. glaubt an die multiple Existenz des Bacillus, leugnet die Übertragung von einem Menschen auf den anderen und stellt die Vermutung auf, dafs unter den Tieren des Meeres sich ein die Übertragung des unreifen Bacillus auf den Menschen vermittelnder Zwischenwirt finde. Im Jahre 1874 hatte er Gelegenheit, ausgedehnte Beobachtungen mit der Kuhpockenimpfung in Tokio anzustellen, und schliefst daraus, dafs die von Leprakranken stammende Lymphe an und für sich nicht gefährlich sei. Die altertümliche „Ken" Isolierung übt eine einschränkende Wirkung auf die Weiterverbreitung der Lepra aus, indem dabei Ehen unter den nötigen Vorsichtsmafsregeln den Leprakranken gestattet sind. Rückwärts wirkende Ehen sind nicht gestattet. Wenn ein Mitglied einer nichtleprösen Familie an Lepra erkrankt, so verschwindet er aus der Gemeinde, um als Bettler zu wandern, und infolgedessen vermutet man bei allen Bettlern in Japan, dafs sie aussätzig sind. Die Japaner behaupten, dafs Lepra nicht kontagiös sei und auch nicht durch direkte hereditäre Übertragung übermittelt werde. Dennoch ist eine hereditäre Belastung mit der Krankheit ein absolutes Hindernis bei der Ehe. Die Japaner hüten sich vorsorglich vor Muskitos und anderen Insekten, und die Krankheit findet sich dort am stärksten vertreten, wo dieselben am reichlichsten vorhanden sind. Aufserdem sind diejenigen Körperteile, welche den Angriffen der Insekten am meisten ausgesetzt sind, der Sitz der primären Hautaffektionen bei Lepra wie auch diejenigen Schleimhäute, welche am meisten den im Wasser und der Nahrung enthaltenen Keimen ausgesetzt sind. Am häufigsten findet sich das Leiden bei den Mischlingen an der Seeküste, namentlich bei den schwarzen Mischlingen oder „Eta", von denen 3,000,000

vorhanden sind. Dieselben sind Parias und Genossen der Aussätzigen. Die Krankheit findet sich aber auch bei den gelben Mischlingen. Die anästhetischen Nervenaffektionen bei Lepra hält V. für Sekundärerscheinungen, was eine Bestätigung der Zwischenwirtstheorie sein würde. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)*

Die Leprapanik, von Ohmann-Dumesnil. (*Med. and Surg. Reporter.* Fol. LXIII. 1890. pg. 199.) Autoreferat. V. bespricht die Art und Weise, wie die Behörden in New York mit einem Leprakranken verfahren sind, sowie die durch das Bekanntwerden dieses Falles erzeugte Panik. Im „Reporter" sind seit längerer Zeit alle Beweismittel für und gegen die Möglichkeit einer Kontagiosität (im gewöhnlichen Sinne des Wortes) verzeichnet worden, und es finden sich nicht die geringsten Anhaltspunkte für selbst eine mäfsige Furcht, als könne die Krankheit in den Vereinigten Staaten weiter um sich greifen. So weit bisher bekannt, sind sämtliche Fälle dieser Krankheit importierte gewesen, und V. glaubt, dafs in diesem Lande niemals eine Übertragung des Leidens von einem Individuum auf ein anderes stattgefunden hat. Es ist demnach nicht zu befürchten, dafs die erwähnten Fälle zu einer weiteren Ausbreitung des Leidens hier führen werden.

V. hat über einen Fall von einheimischer Lepra im Jahre 1889 schon berichtet; seitdem hat er zwei Fälle von Lepra gesehen bei eingeborenen Amerikanern die niemals aufserhalb der Staaten gewesen waren. Beim ersten konnte keine Berührung mit Leprakranken nachgewiesen werden, beim zweiten war dieselbe möglich, aber nicht erwiesen. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis.)*

c. *Syphilis.*

Beitrag zum Studium der syphilitischen Paraplegien, von Pierre Boulloche. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 753.) In der vorliegenden Abhandlung bringt V. einen kurzen Abrifs von 71 Krankengeschichten, die aus der Klinik und Privatpraxis von Fournier stammen und die sämtlich Fälle von Myelitis syphilitica betrafen. Diesem Bericht schickt V. einige dankenswerte Bemerkungen vorauf.

Die Myelitis syphilitica ist im ganzen ziemlich selten, da Fournier sie unter 1085 Fällen von Syphilis der nervösen Organe nur 77 mal beobachtet hat. Sie tritt fast immer innerhalb der ersten Jahre der bestehenden Syphilis auf und ist bei den milden Formen der Lues häufiger als bei den ganz schweren. Wie alle andern Erkrankungen, so ist auch diese Störung nach einer zweckmäfsig behandelten Syphilis seltener, als wo gar keine oder nur eine mangelhafte Behandlung voraufging. Symptomatisch unterscheidet sich die Paraplegia syphilitica nicht von einer Myelitis andern Ursprungs. Sie verläuft entweder, und das ist der seltnere Fall, akut, um dann häufig in wenigen Monaten zum Tode zu führen, oder sie tritt in das chronische Stadium, und kann dann nicht ganz selten in Genesung enden. In manchen Fällen, namentlich in den mit heftigen Schmerzen verlaufenden, erweist sich eine Hg-Behandlung wohlthätig. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum formamidatum solutum, von R. B. Morison. (*Med. News.* 1891. 24. Okt. (Verf. empfiehlt diese von Liebreich vor 9 Jahren angegebene Methode aufs wärmste, da dieselbe in vielen hartnäckigen Fällen das leistet, was andere Mittel nicht zustande bringen konnten. Er hat volle tausend Injektionen gegeben, ohne jemals einen Abscefs hervorzurufen. Vorschriftsmäfsig wird 2 bis 7 mal die Woche 1,0—1,5 der Lösung in die Glutäen eingespritzt. Gewöhnlich erweisen sich etwa zwanzig Injektionen als hinreichend. Verf. beschreibt ausführlicher sechs Fälle, bei denen ein entschieden günstiges Resultat erzielt wurde, und einen, welcher diese Behandlungsmethode

ebensowenig wie alles Andere mit Ausnahme von gelinden Salben, Leberthran und tonisierenden Mitteln während längerer Zeit vertragen konnte.

Philippi-Nieheim.

Syphilitische Spondylitis bei Kindern, von John Ridlon. (*Med. News.* 17. Okt. 1891.) Aus den Darstellungen R's. geht hervor, dafs amerikanische Orthopäden mit den syphilitischen Gelenkerkrankungen kaum hinreichend vertraut sind, ja dafs manche von ihnen deren Vorkommen rundweg leugnen. Verf. hat vor 5 Jahren bei der Darlegung seiner Erfahrungen in Bezug auf diese Affektionen nur wenig Glauben gefunden. In vorliegender Arbeit teilt er seine weiteren Beobachtungen mit und beschreibt eingehend die Symptome und den Verlauf namentlich von syphilitischer Spondylitis. Therapeutisch empfiehlt er Sublimat oder Hg-bijodid. (in Gaben von 0,002 oder mehr) drei- bis viermal täglich mit 0,3—2,4 Jodkalium. Auch Jodtinktur in Dosen von 1 bis 10 Tropfen oder Hg mit Kreide (0,18—0,3) und Einreibungen mit Ungt. ciner. Man werde finden, dafs syphilitische Kinder solche Behandlung gewöhnlich eben so gut vertragen wie Erwachsene. Die mechanische Behandlung trete gegen die medizinelle entschieden in den Hintergrund.

Philippi-Nieheim.

Besprechungen.

Die Lepra auf Madeira, von I. Goldschmidt. (Leipzig 1891. F. C. W. Vogel.) Verf. beginnt mit der Schilderung der Entwicklung der Lepra auf Madeira. Die Krankheit wurde dort wahrscheinlich durch die ersten Ansiedler eingeschleppt, ist aber jetzt ganz bedeutend im Abnehmen begriffen, wofür Verf. die verwandte Tuberkulose, die dort jetzt bedeutende Fortschritte macht, verantwortlich machen möchte. Die Lepra hat sich besonders an der Süd- und Westküste der Insel eingenistet, während die Nordküste und das hochgelegene Innere am wenigsten infiziert sind. Verf. ist der Ansicht, dafs die Ätiologie der Lepra auf Übertragung von Mensch zu Mensch beruht, wobei man allerdings eine besondere Disposition annehmen mufs, da viele Menschen lange mit Leprösen verkehrten, ohne infiziert zu werden. Meist geben die Leprösen Ererbung, und zwar gewöhnlich von mütterlicher Seite an. Als Gelegenheitsursachen werden Erhitzung, Erkältung etc. von den Patienten angeführt. In der Leproserie Funchals wurden von 1830—90 224 Kranke aufgenommen; doch ist die Frequenz der Anstalt stetig im Abnehmen, da kein Lepröser gezwungen ist, sich dort verpflegen zu lassen; meist vorkommend ist die tuberöse Form, die anästhetische ist bedeutend seltener. Die meisten Kranken wurden im jugendlichen Alter befallen, ungleich häufiger das männliche Geschlecht. Der Verlauf ist langsam, ohne akute Verschlimmerungen, sodafs viele Lepröse sehr alt werden. Tod erfolgt meist an intercurrenten Leiden. Als wichtigsten Schutz gegen Lepra-Infektion empfiehlt Verf. reichliche und vorwiegend animalische Nahrung, mäfsige Mengen alkoholischer Getränke im Verein mit reinlicher Lebensweise.

Verf. hat 11 Fälle von Lepra in verschiedenen Stadien und Formen mit Kochschem Tuberkulin behandelt. Die meisten, die auf das Mittel reagierten, verloren an Körpergewicht und Kraft, sodafs die Resultate der Heilmethode nicht ermutigend sind.

Beigefügt sind dem kleinen Werk eine Reihe sehr guter Photographien, Ansichten der Leproserie und verschiedener Lepröser darstellend. *F. Hahn-Bremen.*

Notizen über die Syphilisbehandlung in Deutschland und Österreich, von Dr. P. Raymond. (Bibliothèque générale de médecine). — Die Arbeit ist das Resultat

von Beobachtungen während einer Studienreise durch verschiedene deutsche syphilidologische Kliniken. R. konstatiert, dafs, während in Frankreich die Behandlung der Lues seit Ricord so ziemlich dieselbe geblieben sei, wenn sie auch durch dessen gegenwärtige zwei Hauptvertreter einige Modifikationen erlitten habe, so dafs sich die heutigen französischen Syphilidologen entweder zur Methode Fournier's oder der Diday's bekennen, das Verhältnis in Deutschland ein ganz anderes sei. Hier bestehe keine einheitliche Methode, ein jeder verfahre nach seinen eigenen Erfahrungen. Was zunächst die Behandlung des Primäraffektes anlangt, so hält es Verfasser mit seinen heimatlichen Lehrern und glaubt, dafs man einen Syphilitiker nie zu früh der antisyphilitischen Therapie unterwerfen könne, worin er von der Ansicht der meisten deutschen Autoren abweicht.

Bezüglich der Art der Behandlung und deren Dauer findet er bei verschiedenen Spezialitäten Deutschlands und Österreichs eine Übereinstimmung mit der chronischen intermittierenden Therapie Fournier's (Finger, Schwimmer etc.)

Dann folgt eine Übersicht der verschiedenen Hg-Applikationsweisen.

Mit Wehmut vermifst er unter den Arzneimitteln, mit welchen man in Deutschland der tertiären Lues zu Leibe zu rücken pflegt, den „Sirop de Gibert".

C. Müller-Basel.

Typen von Haut- und Geschlechtskrankheiten von E. Graetzer. (Bd. IV der *Med. Übungsbücher*, Basel 1891, Sallmann und Bonacker.) Um dem jungen Mediziner die Kunst, rasch und sicher zu diagnostizieren, beizubringen, überhaupt um die medizinische Denkthätigkeit anzuregen, hat G. seine medizinischen Übungsbücher herausgegeben; es werden die einzelnen Affektionen nach Anamnese und objektivem Befund kurz und klar vor Augen geführt, und der betreffende Leser hat dann danach die Diagnose zu stellen. Haut- und Geschlechtskrankheiten reihen sich als IV. Band den schon erschienenen an; und wenn man gerade Hautkrankheiten wohl niemals theoretisch kennen lernt, vielmehr in erster Linie gesehen haben mufs, so wird doch zweifelsohne die diagnostische Urteilskraft geschärft, und das Buch bildet ein angenehmes und nützliches Repetitorium des früher Gesehenen.

F. Hahn-Bremen.

Bad Hall in Oberösterreich von J. Rabl. (Leipzig u. Wien 1891, Franz Deuticke.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Lage, Klima, Quellen und deren Zusammensetzung, sowie Kuranstalten des Bades Hall schildert Verfasser seine ärztlichen Erfahrungen im Laufe einer 32jährigen Thätigkeit als Badearzt. Es wird in Hall gebadet und getrunken, auch werden Umschläge mit der Jodsoole gemacht. Von Erfolg ist die Haller Kur in erster Linie bei allen skrophulösen und tuberkulösen Affektionen: uns interessiert besonders das tuberkulöse Ekzem, ferner skrophulöse Geschwüre nach Drüsenabscessen, Scrophuloderma, Lupus doch wurde bei den letzteren Formen selbstverständlich eine energische chirurgische Therapie mit angewendet. Sodann kam Lues häufig in Behandlung, und zwar sowohl kongenitale, namentlich in der tardiven Form (auch Rhachitis zählt Verfasser hier mit auf) als auch acquirierte; hier sind es besonders Spätformen, die auch sonst Jodkalium indizieren, die allein durch die Heilpotenzen von Hall zur Heilung gebracht werden. Nebenbei hat sich in Hall eine bewährte Methodik der Quecksilberbehandlung ausgebildet, Tabes kam häufig zum Stillstand. Chronische Tripper kamen zufällig neben Syphilis in Behandlung; von besonderem Vorteil erwies sich die Jodtherapie bei Indurationen in einem Corpus cavernosum, periurethralen Abscessen und Harnröhrenfisteln, ebenso bei kallösen Strikturen; Prostatitis ist ebenfalls in einigen Fällen gebessert. Frauenkrankheiten aller Kategorien wurden mit Erfolg behandelt. An Hautkrankheiten sah Verfasser neben der örtlichen

Behandlung Erfolg bei alten Fufsgeschwüren, Psoriasis und Ekzemen; auch ein Fall von Elephantiasis cruris wurde geheilt, ebenso mehrere Fälle von Sklerodermie. Noch bei verschiedenen anderen Erkrankungen, wie Lymphom, Struma etc., bewährte sich die Heilkraft des Haller Jodwassers. *F. Hahn-Bremen.*

Repetitorium der Chemie, von C. Arnold. (Hamburg u. Leipzig, Leopold Voss, 1891.) Von dem bekannten Buch liegt nunmehr die vierte Auflage vor, nachdem erst vor kurzem die dritte erschienen war. Viele jüngere Kollegen werden sich mit Vergnügen des Buches erinnern, dem sie bei Physikum und Staatsexamen den Hauptteil ihrer chemischen Kenntnisse verdankten, und so können wir auch diese neue Auflage getrost empfehlen, da Verfasser auch diesmal wieder nicht nur die Fortschritte der Chemie im allgemeinen, sondern auch die neuerdings, wenn auch nur vorübergehend zur medizinischen Anwendung gelangten Verbindungen berücksichtigt. *F. Hahn-Bremen.*.

Vorlesungen über Pharmakologie, von C. Binz. (Berlin, August Hirschwald, 1891.) Dieses Lehrbuch der Arzneimittellehre liegt nunmehr in zweiter Auflage vor. Wie bei dem ersten Erscheinen vor 5 Jahren, so zeichnet sich dasselbe auch jetzt durch klare und knappe, gleichwohl erschöpfende Darstellungsweise aus. Der Verfasser trägt dadurch, dafs er rein theoretische Erörterungen bei Seite läfst und vor allem dem Bedürfnis des praktischen Arztes Rechnung trägt, nicht unwesentlich dazu bei, seinem Lehrbuch und gleichzeitig auch der Pharmakologie immer neue Freunde zu erwerben. Die zahlreichen Fortschritte, welche die wissenschaftliche wie die praktische Arzneimittellehre seit dem ersten Erscheinen dieser Vorlesungen gemacht hat, sind eingehend berücksichtigt. Trotz dieser Erweiterung des Gesamtinhalts ist der Umfang des Werkes wesentlich vermindert. Der Autor möge es dem Ref. nicht verargen, wenn derselbe in einigen Punkten eine Änderung resp. Erweiterung vorzuschlagen sich erlaubt. Die im Vordergrunde unser heutigen dermatologischen Therapie stehenden reduzierenden Mittel hätten vielleicht etwas eingehender berücksichtigt werden können. Speciell würden wir es mit Freuden begrüfst haben, wenn der Verfasser — abweichend von seiner sonst gehandhabten Art der Besprechung — sich hätte entschliefsen können, einem theoretischen Kapitel über die Wirkungsweise dieser Arzneimittel in seinem Lehrbuch Raum zu geben, zumal diese therapeutisch so wichtige Gruppe von berufener pharmakologischer Seite bisher noch nie einer eingehenden Darstellung gewürdigt worden ist. Wenn ferner auch, wie der Verfasser in der Vorrede hervorhebt, diese Vorlesungen kein Lehrbuch der speciellen Pharmakotherapie sein sollen, so hätten wir doch gewünscht, ein allgemeines Kapitel über Hauttherapie mitaufgenommen zu sehen, ein Gebiet, das ja innerhalb des letzten Decenniums so bedeutende Fortschritte gemacht hat. Wir hoffen, dafs dieser Wunsch, den der Ref. dieser Zeitschrift bereits bei Besprechung der ersten Auflage aussprach, bei dem nächsten Erscheinen dieses Lehrbuches verwirklicht werden wird. *G. Kulisch-Hamburg.*

Verschiedenes.

Bukarest, 19. Dezember 1891.

Hochgeehrter Herr Redakteur!

In *Le mois médicale* vom 30. November steht, dafs ein Herr Wiesendanger in Hamburg mit flüssiger Kohlensäure lokale Anästhesie zum Zwecke kleiner Operationen mit Erfolg erzeuge. Würden Sie in den *Monatsheften* nicht eine Besprechung der Sache veranlassen? . . . Dr. Thör.

Antwort:

Der zur Erzeugung von lokaler Anästhesie konstruierte Kohlensäureapparat des Herrn Wiesendanger besteht aus einem schmalen eisernen cylinderförmigen Behälter, in welchem sich die flüssige Kohlensäure befindet und aus einem Ansatzrohr. Durch Drehung einer an einem Ende des Apparates befindlichen Schraube bringt man einen Teil der Kohlensäure zur Verdunstung und läfst das Gas in das Ansatzrohr einströmen. Das letztere setzt sich zusammen aus einem Gummischlauch und einer platten hohlen geschlossenen Metallscheide, in welcher ein Metallrohr sich befindet, welches durch Vermittlung des Schlauches die verdunstende Kohlensäure an der einen Wand in die Scheide und an der anderen Wand wieder aus derselben herausführt. Ist der Apparat in Thätigkeit gesetzt, so hört und fühlt man an dem Ende des Abflufsrohrs das unter hohem Druck ausströmende kalte Gas und nach einigen Minuten bedeckt sich die Metallscheide mit Reif. Jetzt legt man diesen Metallstab auf die zu anästhesierende Hautstelle und erzeugt dadurch fast momentan Gefühllosigkeit, welche tief genug geht, um schmerzlose Incisionen machen zu können. Zur Excision kleiner Hautstücke, zum Öffnen von Abscessen, Panaritien u. ä. läfst sich der Apparat gut verwenden. Da das Geräusch des ausströmenden Gases für furchtsame Gemüter etwas Beängstigendes hat, so thut man gut, den Patienten erst dann in das Zimmer zu rufen, wenn bereits der Metallstab den notwendigen Kältegrad erreicht hat. Wie alle durch Kälte anästhesierenden Methoden ist übrigens auch diese leider als Vorbereitung für die Vornahme von Operationen mit dem Paquelin, dem Mikrobrenner und anderen aktuellen Causticis nicht verwendbar. Das Ansatzrohr bezieht man von dem Patentinhaber Herrn Wiesendanger (Hamburg, Steindamm 33), durch dessen Vermittlung man auch einen gut arbeitenden Kohlensäurebehälter bekommen kann. Der Preis für die einzelne Operation läfst sich auf ca. 20 Pf. berechnen.

L. Philippson-Hamburg.

Geehrter Herr Redakteur!

Zur „Erwiderung" des Herrn Dr. Ziemssen-Wiesbaden (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. No. 12) erlaube ich mir nachstehende Berichtigungen und Bemerkungen zu machen und um deren Aufnahme in Ihre geschätzte Zeitschrift zu bitten.

1. Es ist von mir weder behauptet noch angenommen worden, dafs der Autor die Broschüre direkt für Syphilispatienten geschrieben hat. Wohl bin ich von der Annahme ausgegangen, dafs die Schrift mit ihrem vielversprechenden Titel hauptsächlich von Syphilispatienten gekauft und gelesen wird.

2. Es ist nicht richtig, dafs ich den Satz „der Syphilitiker vertraue sich keinem Specialisten an" als wörtlich aus der Broschüre citiert habe. — Ich habe vielmehr sowohl in diesem Satze wie in dem folgenden zwei erwähnenswerte, für die ganze Schrift charakteristische Gedanken mit meinen eigenen Worten wiedergegeben. Wo ich den Autor wörtlich citiert habe, ist dies ausdrücklich hervorgehoben und durch Anführungszeichen („ ") angedeutet worden.

Zur Sache selbst bemerke ich, dafs von den Thermen, welche die merkurielle Kur unterstützen könnten, nur Aachen und Wiesbaden namentlich erwähnt und eingehend gewürdigt werden. Da Aachen indessen in den Augen des Autors sich ganz und gar keiner Gunst erfreut, so bleibt dem Patienten nur Wiesbaden übrig, dessen Vorzüge er an den verschiedensten Stellen der Monographie und in allen Tonarten bis zu den „mäfsigen Tagespreisen von 5—6 Mark für Wohnung und Verpflegung" hervorgehoben sieht. Das bis zur Kleinlichkeit sich steigernde Mifsvergnügen gegenüber Aachen bekundet der Autor in den Worten auf S. 44. „Nicht unerwähnt sei schliefslich, dafs die merkurielle Kur, welche ja gerade das Leiden des

Vom Organisationskomité aufgestellte Themata:

I. Über lymphatische Erkrankungen der Haut, vom path.-anatom. Standpunkte: Doc. R. Paltauf (Wien).

II. Über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Europa: Dr. Arning (Hamburg), Dr. Petersen (Petersburg).

III. Über Dermatomykosen, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Frankreich: Dr. Feulard (Paris).

IV. Über tardive Syphilis: Neumann (Wien).

V. Über Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigments: Prof. Jarisch (Innsbruck).

VI. Über Psorospermosen: Prof. Neisser (Breslau), Prof. C. Boeck (Christiania).

VII. Über die Prinzipien der Gonorrhoebehandlung: Prof. Neisser (Breslau).

VIII. Über Lupus erythematosus: Dr. Malcolm Morris (London), Dr. Th. Veiel (Cannstatt).

Zu Vorträgen haben sich gemeldet: Die Herren Besnier (Paris), Pick (Prag), Doutrelepont (Bonn), Schwimmer (Budapest), Riehl (Wien): Dermatologische Themata. — Fournier (Paris): Syphilis.

Gleichzeitig mit dem II. Internationalen Dermatologischen Kongresse veranstaltet das Organisationskomité in den Räumen des neuen Universitäts-Gebäudes eine Ausstellung von die Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten und der Syphilis, sowie der verwandten Fächer betreffenden Gegenständen, als: Wissenschaftliche Werke, Abbildungen, Photographien, plastische Reproduktionen (Moulages), anatomische, histologische, bakteriologische Präparate, Mikroskope und andere wissenschaftliche Apparate, alle zur Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis dienenden Objekte, chirurgische Instrumente, Verbandstoffe, chemische und pharmaceutische Präparate etc.

Das hohe k. k. Finanzministerium hat für die zur Ausstellung aus dem Auslande einzusendenden zollpflichtigen Gegenstände die Begünstigung des zollamtlichen Vormerkverfahrens gegen Rückausfuhr bis 10. Dezember 1892 gewährt und die Grenzzollämter angewiesen, jene Colli, welche mit der Bezeichnung „II. Internationaler Dermatologischer Kongreſs, Wien“ versehen sind, direkt an das k. k. Hauptzollamt Wien zu weisen. (Verordnungsblatt des hohen k. k. Finanzministeriums vom 15. September 1891, No. 31.)

Die Spedition der Ausstellungs-Gegenstände wird die Firma Schenker & Comp. in Wien, I., Zelinkagasse 14, besorgen, welche den angemeldeten Ausstellern über Wunsch auch Versand-Instruktionen einsendet.

Platzmiete wird keine eingehoben werden, sondern es wird nur für die Installation, Überwachung, Instandhaltung und Feuerversicherung etc. von jedem Aussteller ein Beitrag von 10 Frcs. = 8 M. = 4 fl. pro Quadratmeter zu entrichten sein. Wissenschaftliche und Staatsinstitute sind auch von letzterer Gebührpflicht enthoben.

Für die Beistellung von Ausstellungskästen wird über rechtzeitig mitgeteilten Wunsch gesorgt, ebenso werden einfache Tische vom Komité zum Selbstkostenpreise beigestellt werden.

In den Anmeldungen ist genau der gewünschte Raum nach Länge, Breite und Höhe, ob freistehend oder an der Wand, die Gröſse der beanspruchten Wandfläche und die Art und Form der Ausstellungsobjekte anzugeben.

Alle die Ausstellung betreffenden Zuschriften sind an Dr. Hans Heger in Wien, I., Stefansplatz 8a, zu adressieren, der die Güte hatte, die Vorarbeiten für die Ausstellung zu übernehmen, über Verlangen Anmeldungsformulare zuschickt und alle die Ausstellung betreffenden Auskünfte erteilt.

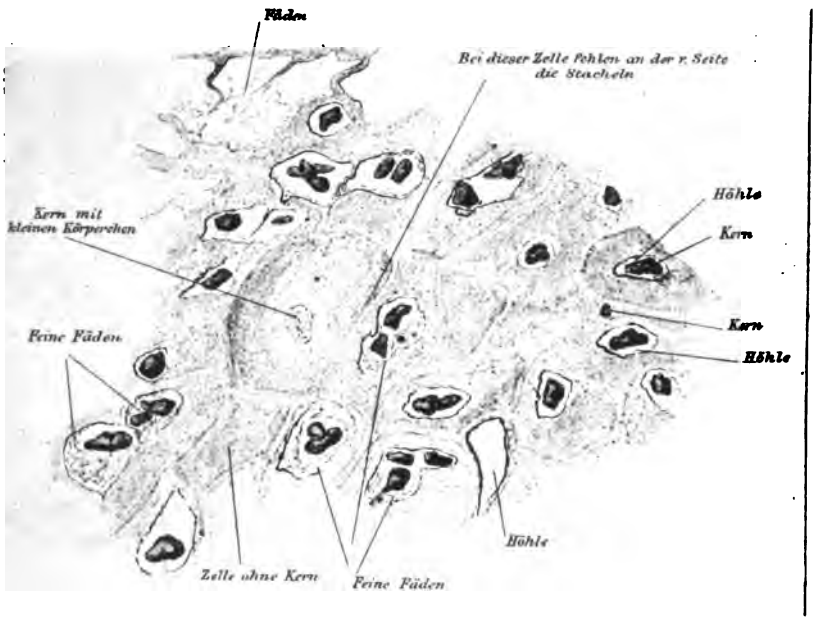


Fig. 1. Variola: Retikulierende Degeneration.

Fig. 2. Variola: Ballonierende Degeneration; Riesenzelle.

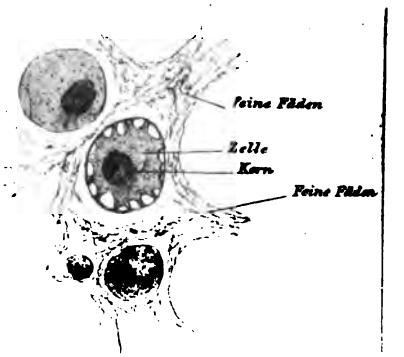


Fig. 3. Vaccine: Gemischte Degeneration.

BURI: Variola und Vaccine.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Gez. v. Ternetz.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 3. 1. Februar 1892.

Erythema keratodes der Handteller und Fufssohlen.

Von

H. G. Brooke.

(Mit Tafel III.)

Vor einigen Monaten beschrieb ich in dieser Zeitschrift (Bd. XII. S. 167) eine eigentümliche, hornartige, erythematöse Affektion der Handteller und Fufssohlen, welche mir persönlich gänzlich neu war, und welche, so viel ich erforschen konnte, noch von niemand sonst beschrieben worden ist.[1] Wenige Wochen, nachdem die Patientin zur Beobachtung gelangt war, und während noch die Bemerkungen über diesen Fall sich beim Drucker befanden, stellte sich ein zweites Exemplar ein, ein kompletes Analogon zum ersten, nur mit der einzigen Abweichung, dafs die Symptome entschieden schärfer ausgeprägt waren. Da alle Kollegen, mit denen ich über diesen Gegenstand sprach, nichts Ähnliches beobachtet zu haben angaben, dürfte es der Mühe verlohnen, wenn ich hiermit eine Abbildung der Affektion veröffentliche und einige Notizen über den weiteren Verlauf dieser beiden Fälle hinzufüge.

Zur Bequemlichkeit meiner Leser möge ein kurzer Bericht über den ersten Fall hier nochmals wiedergegeben werden. Fräulein G., 47 Jahre alt, konsultierte mich im Oktober 1890 wegen eines chronisch entzündlichen Zustandes der Hände und Füfse, der ihr sowohl Schmerzen verursachte als auch den Gebrauch ihrer Glieder beeinträchtigte. Die Finger und der Aufsenrand beider Handflächen in ungefähr einzölliger Ausdehnung waren beide entzündet und geschwollen. Die Entzündung war nicht sehr akut, aber das befallene Gebiet war von tiefer, roter, dunkler Farbe, heifs und sehr gespannt anzufühlen. Dasselbe war durch eine vom Thenar nach dem Hypothenar verlaufende, gebogene Linie mit einer Krümmung am distalen Ende abgegrenzt. Auf der Dorsalseite, welche nicht so stark affiziert war, erstreckte sich das Entzündungsgebiet blofs bis an die Basis der Finger. Mit Ausnahme eines circa 1/4 Zoll breiten Saumes war die epitheliale Decke der Palmarflächen im ergriffenen Bezirk

[1] Bemerkungen über einige Keratosen der Handteller und der Fufssohlen.

hart, trocken und so erheblich verdickt, dafs die Farbe des darunter liegenden Gewebes zum Teil verdeckt war, und eine schmutzig orange-graue Färbung Platz griff. Diese Veränderung schien dem Wesen nach eine reine Hypertrophie zu sein; das Epithel war gelblich, ein wenig durchscheinend, biegsam, ohne Rhagaden und zeigte ganz deutlich die gewöhnlichen Zeichnungen der Oberfläche. Es bestand ein dumpfer Schmerz in den erkrankten Teilen, und alle Bewegungen waren wegen der Empfindlichkeit und des Oedems sehr erheblich beeinträchtigt, so dafs es ihr sogar unmöglich war die Hände zu schliefsen.

Auf der centralen Hälfte der Fufssohlen fand sich zwar weder Entzündung noch irgend eine andere Abnormität, aber das Epithel der Hacken, der Fufsballen und der unteren Flächen der Zehen war so entschieden hypertrophisch, dafs jedes Gehen zum wirklichen Schmerz wurde. Die Fingernägel waren gestreift und ein wenig eingedrückt; an den Füfsen zeigten die Nägel eine deutliche Hyperkeratosis subungualis.

Kopfhaut und Gesicht zeigten etwas Seborrhoe und auch ein wenig Rosacea; die übrige Haut aber, soweit ich Gelegenheit hatte dieselbe zu untersuchen, schien vollständig gesund zu sein. Die Patientin versicherte mir, dafs anderswo keine Läsionen vorhanden seien, und dafs abgesehen von einer mäfsigen Nervosität und Dyspepsie mit Flatulenz sie im übrigen sich einer ganz guten Gesundheit erfreue.

Sie selber schrieb die Entstehung ihres Leidens der Einwirkung einer starken Karbollösung zu, da sie zwei Jahre vorher bei einer längeren chirurgischen Operation Hülfe geleistet und dabei ihre Hände fortwährend in die Lösung hatte eintauchen müssen. Sie hatte das gewöhnliche Taubsein und Brennen, wie es scheint, in ziemlich beträchtlichem Grade hinterher gefühlt, und diese Empfindung hatte anstatt sich wieder zu verlieren „seitdem immer fortbestanden." Das circumscripte Erythem war kurz nachher hinzugekommen und hatte im Laufe von sechs Monaten sich zu dem Grad gesteigert, den ich bei Gelegenheit ihres ersten Besuches beobachtete. Während der ganzen Zwischenzeit war die Affektion unverändert geblieben. Nach der Operation hatte sie die Kranke einige Monate lang gepflegt und war infolge der Sorgen und Überanstrengung schwach und atonisch geworden; zur Zeit aber, als sie zuerst zu mir kam, hatte sie mit Ausnahme der Dyspepsie ihre sonstige Gesundheit schon wieder erlangt.

Die von mir angeordnete Behandlung bestand in der Darreichung von Ichthyol (0,18) in Kapseln dreimal des Tages und in der unausgesetzten Applikation einer Salbe mit Ichthyol und Salicylsäure. Diese Verordnungen waren insoweit von Erfolg begleitet, dafs, als ich die Kranke drei Wochen später wieder sah, das Erythem und Ödem fast vollständig verschwunden waren, die Hände geschlossen und ohne

Empfindlichkeit gebraucht werden konnten, und überhaupt von der Erkrankung aufser einer etwas verdickten Epidermis nur noch wenig mehr zu sehen war. Die Verdickung war nach den Rändern des affizierten Gebietes zu am markiertesten.

Es ist noch eine besondere Eigentümlichkeit zu erwähnen, welche ich in meiner vorherigen Beschreibung übergangen habe, da ich nicht sicher war, ob es sich dabei auch thatsächlich um einen integrierenden Bestandteil der Krankheit handle oder nicht, bis ich Läsionen derselben Art, aber noch auffälliger ausgebildet, auch beim zweiten Falle konstatierte. Auf der Dorsalseite der Fingergelenke einschliefslich des Daumens (nicht aber auf den Metacarpo-Phalangealgelenken) fanden sich mehr oder weniger symmetrisch verteilte Paare von erythematösen Papeln, von denen einige verhornt waren, andere einfache, gerötete Erhebungen gewöhnlicher Haut darstellten. Ihre Verteilung und die relative Gröfse der einzelnen paarigen Gebilde sowie die Ausdehnung der erlittenen Verhornung schienen etwas kapriziös zu sein, indem einige Gelenke nur wenig affiziert waren, während andere mit einem paar runder, verhornter Buckel versehen waren, und wieder andere ein ungleiches Gespann trugen, von denen die eine Papel nur klein und wenig erythematös war, die andere verhornt und deutlich entwickelt. Auf den Zehen fand sich eine solche Abnormität nicht vor.

Fall II. — Frau T., 27 Jahre alt, wurde mir im Dezember vorigen Jahres von einem Kollegen zugeschickt mit genau den nämlichen Klagen, Rötung und Schwellung der Handteller und Fufssohlen und infolge dessen Unfähigkeit, ihre Hände zu schliefsen oder ohne Beschwerden zu gehen. Auf den ersten Blick sah man, dafs wir es hier mit einem akkuraten Gegenstück zu dem Leiden, das die vorige Patientin gehabt hatte, aber mit einem höheren Grade desselben zu thun hatten. Die beigegebene Chromolithographie ist eine Kopie einer Aquarellskizze der Hände und des einen Fufses, welche von mir am nächsten Tage aufgenommen wurde. Man sieht, dafs an den Händen das erythematöse Gebiet sich über die gesamte Hohlhand erstreckt, sich aber nicht über die Grenzen derselben hinaus ausbreitet. An den Fingern und Daumen dagegen geht dasselbe ein wenig auch auf die Dorsalseite an einigen Stellen über. Wie beim Fall I ist das Gebiet ein ganzes, zusammenhängendes, aber dasselbe hat bereits eine gröfsere Ausdehnung gewonnen; es zeigt dabei den nämlichen scharf umschriebenen, erythematösen Saum als Begrenzung des verdickten Epithels. Ferner geht mit Sicherheit aus dem vorhandenen Oedem, der Hitze und der durchscheinenden, roten Färbung hervor, dafs die erythematöse Basis sich durch diese dickere Oberhaut hindurch und darüber hinaus erstreckt. Aufserhalb deren äufserer Grenze hingegen ist der Zustand der Gewebe ein ganz normaler. Die Verdickung ist am Handteller

am stärksten entwickelt und nimmt gegen die Fingerspitzen zu allmählich ab, so dafs sie dort nicht viel erheblicher als in der Norm ist. Die Fingergelenke tragen gut entwickelte Papeln, zum Teil, wie auf der Abbildung dargestellt ist, mit dicken, gelblichen, hornartigen Knoten ausgestattet.

Die gleiche Keratinisierung fand sich auch an den Füfsen, obschon in geringerem Grade ausgebildet. Mit Ausnahme der Höhlung auf der medialen Seite war die gesamte Sohle mit verdickter Epidermis vollständig bedeckt, und auch über der Achillessehne und bis zu der Stelle, wo die zarte Haut auf dem Dorsum anfängt, war die Oberhaut hypertrophiert. Auf der Innenseite beider Hacken befanden sich zwei horizontale Wülste von verdicktem Epithel. Diese ganze Stelle an der Hacke war von einem deutlichen, erythematösen Saume umgeben, und auch auf der Innenseite des grossen Zehs fand sich ein geringes diffusses Erythem. Die untere Fläche der Zehen war verdickt und hart, aber an den Nägeln und den Nagelbetten war nichts eigentlich Abnormes nachzuweisen.

Diese Patientin wufste keine Ursache für ihr Leiden anzugeben; dasselbe hatte sich im Laufe von zehn Wochen allmählich ausgebildet. Zuerst waren rote Flecke auf dem Hypothenar beiderseits zu bemerken gewesen, worauf bald eine ähnliche Störung auf den Thenaren hervortrat, und sehr kurze Zeit hinterher die Finger anfingen in einen entzündlichen Zustand zu geraten. Die isolierten Flecke liefen bald zu einem einzigen, grofsen zusammen. Die Verdickung des Epithels folgte sehr bald auf die ersten entzündlichen Symptome und war schon vollständig deutlich entwickelt, bevor die Verschmelzung stattfand. Die Patientin sagte mit aller Bestimmtheit aus, dafs die Affektion durch etwaige Benutzung der Hände weder verursacht, noch auch verschlimmert worden war, denn sie hatte, da sie in den letzten zwölf Monaten leidend gewesen war, sich mit der Arbeit des Hauses gar nicht weiter befafst. Zur Zeit der Beobachtung litt sie etwas an Dyspepsie und hatte überdies seit mehreren Jahren mit einem Uterinleiden, offenbar Metritis, zu thun gehabt; dieselbe schien der Annamnese nach gonorrhoischen Ursprungs zu sein; aber aus Gründen der ärztlichen Etikette war es mir versagt, eine weitere Untersuchung in dieser Hinsicht vorzunehmen. Sie versicherte mir, dafs die beiden Affektionen nicht mit einander abgewechselt hätten, und sie war sicher, dafs dem Ausbruch des Erythems keine abnormen Empfindungen in den Extremitäten vorangegangen seien.

Vor einigen Tagen (10. September) kam die erste Patientin, Frl. G., wieder zu mir. Seit dem Anfang Dezember vorigen Jahres, wo die letzten Spuren aller entzündlichen Erscheinungen vollständig verschwunden waren, hatte sie sich wohl befunden und war bis vor zwei Monaten ohne Recidiv geblieben. Alsdann fingen die Hände und Füfse an wieder rot und

schmerzhaft zu werden, und die frühere Behandlung, welche sie auf eigene Faust wieder aufnahm, schien ihr nur eine unvollkommene Linderung zu gewähren. Bei der Untersuchung fand sich ein deutliches Erythem an den alten Stellen auf der Hand und auch an den Hacken etwas Erythem, welches bei ihren früheren Besuchen nicht vorhanden gewesen war. Schwellung war keine vorhanden, und das Epithel an den Fingern war nicht verdickt. Es war eine mäfsige Schweifsabsonderung zu bemerken, indessen konnte dieselbe sehr wohl durch die herrschende grofse Hitze erklärt werden und war jedenfalls gar nicht zu vergleichen mit der Hyperidrosis, welche Crocker bei Hypertrophien der Haut der Handteller beschrieben hat. Während des akuten, erythematösen Stadiums sah ich bei keiner der beiden Kranken eine Andeutung einer wahrnehmbaren Schweifsabsonderung, und sie klagten auch nicht, dafs ihre Hände oder Füfse auch nur feucht seien.

Bei dem nunmehrigen Fehlen von Oedem und verdicktem Epithel war es jetzt möglich zu konstatieren, dafs das Erythem, die Basis der ganzen Affektion, weder von Anästhesie noch Parästhesie begleitet war.

Die hornige Verdickung war noch keineswegs verschwunden, war aber hauptsächlich auf die Grenzen des ursprünglichen Gebietes, wo dieselbe stellenweise einen förmlichen, linienförmigen Wulst bildete, beschränkt. Einige der Buckel an den Fingergelenken hatten sich weiter ausgebildet und waren gröfser und härter geworden, während andere noch in der Form von weichen Papeln verharrten, die jetzt wieder erythematös geworden waren, und wieder andere fast verschwunden waren. An den Handtellern waren viele kleine Punkte zu bemerken, an denen das verdickte Epithel offenbar zur Entwickelung von kleinen, runden, atrophischen Einziehungen geführt hatte. Ferner zeigte sie mir jetzt zum ersten Mal einen roten, schuppigen Flecken auf beiden Knieen mit der Angabe, dafs dieselben zur Zeit der ersten Attacke zum Vorschein gekommen seien. Dieselben sahen genau so aus wie die an den Knieen von Dienstmädchen zu beobachtenden Verdickungen, aber in diesem Falle beruhten sie jedenfalls nicht auf den gleichen Ursachen. Die Ellbogen waren intakt. An den Handtellern und Fufssohlen, welche eingestandenermafsen therapeutisch nur wenig bedacht worden waren, hatte die hornartige Verdickung entschieden zugenommen, seit ich sie zuletzt gesehen hatte. Einen erythematösen Rand zeigten nur die Hacken; aber es ist ganz gut möglich, dafs die Fufsballen, die schmerzhaft waren, eine von der verdickten Hornschicht bedeckte Erythemlage besessen haben mögen.

Patientin klagte, dafs sie sich nervös angegriffen fühle, und behauptete entschieden, dafs die Rötung und die Beschwerden sichtlich zunahmen, wenn sie aufgeregt oder irritiert werde. Möglicherweise mag wohl diese Reizbarkeit mit dem nahenden Klimakterium in einem gewissen Zusammenhang gestanden haben.

Als ich kürzlich (16. September) Frau T. besuchte, fand ich, daſs sie gesund war und sich energisch mit häuslicher Arbeit beschäftigte. Das Erythem war gar nicht wiedergekehrt, und als einziges Überbleibsel der Erkrankung fand sich noch eine ziemlich geringe, dauernde Verdickung des Epithels an den Handtellern. Sogar dieses war ihrer Meinung nach groſsenteils Folge des ausgiebigen Gebrauchs der Hände bei der Küchenarbeit, denn als sie vor einigen Monaten wegen der Wiederkehr des alten Uterinleidens genötigt war, zwei bis drei Wochen sich jeglicher Arbeit zu enthalten, da besserten sich die Hände erheblich. An den Fuſssohlen war die Haut auch viel dünner als zur Zeit, da ich sie vorher gesehen hatte, und die Papeln an den Fingergelenken waren alle im Verschwinden begriffen. Seit Monaten hatte die ganze Behandlung bloſs in der Applikation von Vaselin des Abends bestanden, sowie in reichlicher Anwendung von Bimstein, um die Haut glatt und biegsam zu erhalten. Die Sensibilität war an beiden Händen und Füſsen intakt.

Wenn man diese beiden Fälle vergleicht, so wird man an ihnen so viel Übereinstimmung finden, daſs man sie als ein wohl gezeichnetes und unterscheidbares klinisches Bild anerkennen muſs. Bei beiden waren die Hauptmerkmale ein scharf umgrenztes, chronisches Erythem der Handteller und Fuſssohlen, das zu einer Hypertrophie der Hornschicht führte und von einem solchen Grad von Oedem und Empfindlichkeit begleitet war, daſs alle Bewegungen erheblich beeinträchtigt wurden. Bei beiden Fällen fand sich dieselbe eigentümliche Entwickelung von mehr oder weniger hornartigen, erythematösen, paarigen Knötchen auf der Streckseite der Fingergelenke. Bei beiden Fällen war der Verlauf der Affektion ein allmählicher, und bei der einen Patientin blieb dieselbe mehrere Monate hindurch unverändert, nachdem sie ein gewisses Stadium erreicht hatte. Beide Fälle schlieſslich zeigten sich derselben Therapie sehr zugängig.

Teils wegen der Lokalität der Erkrankung und teils wegen der schnellen Wirkung der eingeschlagenen Therapie war es nicht möglich, Hautteile zur mikroskopischen Untersuchung zu gewinnen, und wir sind deshalb vorläufig betreffs der pathologischen Anatomie nur auf Vermutung angewiesen. Bei der Stellung der Diagnose aber war es wichtig diese Fälle von den verschiedenen anderen Krankheitsformen zu unterscheiden, von denen man schon weiſs, daſs sie imstande sind, eine ausgesprochene Keratose der Handteller oder Fuſssohlen hervorzubringen. Sofort ausschlieſsen können wir von diesen ohne weiteres Psoriasis, Ekzem, Syphilis, Lichen planus, Pityriasis rubra pilaris, Ichthyosis und Keratoma palmare und chronische Arsenikvergiftung. Es wurden diese allerdings sämtlich in Betracht gezogen, aber sowohl die Anamnese als auch die ganzen klinischen Erscheinungen und Symptome waren hier anders als bei irgend einer der aufgezählten Affektionen. Ebenso kann Tylosis

ausgeschlossen werden, denn abgesehen von den zwei oder drei kleinen, harten, eingezogenen, atrophischen Punkten, welche an der Hand der ersten Patientin als eine Erscheinung der späteren Stadien konstatiert wurden, war eine weitere Ähnlichkeit nicht wahrzunehmen. Die Oberfläche der Haut war glatt, und die Linien und Furchen blieben wohl erhalten.

Die einzige Affektion, welche eine einigermafsen genaue Ähnlichkeit damit aufweist, ist die Keratodermia erythematosa symmetrica Besniers[2] und selbst diese Erkrankung zeigt einige sehr erhebliche Unterscheidungsmerkmale. Besnier berichtet nichts über den Entstehungsmodus der von ihm beschriebenen Störung, aber ich habe kürzlich einen Fall gesehen, welcher seiner Abbildung in Bezug auf die symmetrische Verteilung der Erytheminseln sehr nahe kommt; ebenso waren die Beschaffenheit der veränderten Epidermis, welche verdickt und rissig war, sowie die Hartnäckigkeit der Läsionen und das Fehlen von allen ekzematösen Erscheinungen in identischer Weise auch bei meinem Falle vorhanden. Der meinige aber befand sich in einem viel früheren Stadium als der von Besnier geschilderte, aber es war offenbar, dafs die Art und Weise des Einsetzens dabei in keinerlei Weise mit demjenigen bei meinen zwei anderen Kranken übereinstimmte. Keratodermia erythematosa ist eine kontinuierliche Krankheit, welche wohl exacerbiert, aber nicht recidiviert. Der eine von meinen Fällen ist genesen, der andere hat ein Recidiv erlitten. Beide Affektionen sind offenbar nicht durch den Gebrauch der Hände verursacht worden, aber während die Keratodermie nach Besniers Angaben im Winter sich immer verschlimmert, besserten sich meine beiden Fälle stetig gerade im Verlauf eines ungewöhnlich strengen Winters.

Da keiner derselben in eine der vier Klassen, nach welchen er die Keratodermiegruppe eingeteilt hat, recht hineinpafste, und da bei beiden das Erythem so ganz augenfällig die primäre Erkrankung war, so habe ich es hiermit gewagt, diese Krankheitsform als Erythema keratodes zu unterscheiden, und es möchte vielleicht das Epitheton „symmetricum“ passenderweise noch angefügt werden, um die sehr ausgesprochene Übereinstimmung der Läsionen an beiden Seiten zu bezeichnen. Im Verein mit der gleichzeitigen Beteiligung beider Hände und Füfse dürfte diese Symmetrie auf eine centrale Trophoneurose als das ursächliche Moment hinweisen. Der Umstand, dafs der Zustand gleichzeitig auf beiden Seiten hervortrat, spricht jedenfalls gegen die Annahme eines peripheren Reflexes als des Ausgangspunktes.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

[2] *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.* Taf. V. Fig. I.

Ein Fall von Angiokeratom.

Klinische Beobachtung

von

H. Radcliffe Crocker, M. D.

Es sind von dieser seltenen Affektion nur sehr wenige Fälle in der Litteratur verzeichnet, und der jetzt zu beschreibende ist zwar in meinem Werk über Hautkrankheiten mitgeteilt worden, indessen in solcher Kürze, dafs sogar Dr. Pringle bei Abfassung seiner jüngsten, sorgfältigen Abhandlung denselben übersehen hat. Es dürfte deshalb der Mühe verlohnen, hier einige weitere Details über den Fall, die ich dem Krankenjournal meiner Privatpatienten entnehme, zu veröffentlichen. Derselbe stimmt im wesentlichen mit den anderen Fällen überein, mit der Ausnahme, dafs zur Zeit der Beobachtung keine einfach vaskulösen Punkte vorhanden waren, sondern die Läsionen alle eine warzige Beschaffenheit darboten.

Frl. T., 17 Jahre alt, konsultierte mich zuerst im April 1885. Sie gab an, drei Jahre zuvor erheblich an Frostbeulen gelitten zu haben, gegen welche sie Extractum Goulardi anwandte, und dafs späterhin auf den von den Frostbeulen ergriffenen Teilen sich Warzen entwickelten; ihre Hände sind immer kalt und etwas feucht anzufühlen. Auf der Dorsalseite der Finger und Knöchel fanden sich Gebilde, welche ich damals als gefäfsreiche Warzen diagnostizierte. Dieselben bestanden aus flachen Erhabenheiten, welche nur um ein weniges über das Niveau der Haut emporragten und in ihrer Mitte kleine, verhornte Massen von offenbar papulöser Beschaffenheit trugen, während das übrige von tiefer purpurroter Farbe war. Letztere beruhte offenbar auf dem Vorhandensein von Venenerweiterungen, welche auf Anstechen ein sehr dunkles Blut in reichlicher Menge entleerten.

Das Allgemeinbefinden war ein gutes, und das Fräulein pflegte sich mit energischen Körperübungen ausgiebig zu befassen. Ich verschrieb innerlich Chinin und Eisen und liefs eine gesättigte Lösung von Salicylsäure in elastischem Kollodium lokal anwenden. Sechs Wochen später waren die Warzen viel besser geworden, indem sie sich nachweislich abgeplattet hatten, aber die purpurnen Flecke waren noch immer vorhanden. Alsdann liefs ich die Gebilde mit einem Gemisch von Pepsin und Salzsäure einwickeln.

Am 21. August waren die Warzen allerdings flacher geworden, waren aber immer noch vorhanden. Nunmehr empfahl ich der Patientin tägliche

Einpinselungen mit einer gesättigten Lösung von Chromsäure und habe seitdem nichts mehr von ihr gesehen oder gehört. Sollte mir wieder ein derartiger Fall begegnen, so würde ich jedenfalls die von Dr. PRINGLE empfohlene und bereits mit Erfolg angewandte elektrolytische Behandlung gebrauchen.

(Übersetzt von PHILIPPI-Nieheim.)

Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis.

Von

Dr. SCHWENGERS,
in Düsseldorf.

Die definitive Heilung einer chronischen Urethritis mit endgültigem Verschwinden der Filamente aus dem Urin — für den Laien mit Recht erst das sicherste Kriterium der Heilung von seiner Gonorrhoe, wenn auch mehrfach wiederholte mikroskopische Untersuchungen dieselben als nicht mehr Gonokokken bergend und mithin als nicht infektiös erwiesen haben — stöfst nicht nur beim praktischen Arzte sondern auch beim geübteren Specialisten manchmal auf die gröfsten Schwierigkeiten und bleibt schliefslich ein pium desiderium. Wenn ich mir nun nachstehend gestatte, mein Verfahren zur Beseitigung dieses Krankheitszustandes kurz zu schildern, so mufs ich allerdings von vornherein bemerken, dafs dasselbe sich noch nicht stützt auf ein grofses Material, dafs hingegen dieses Material vorwiegend sich zusammensetzte aus recht veralteten Fällen, namentlich solchen, die sich bereits lange auf der Wanderung von einem Specialisten zum andern befanden. Mittelst meiner Methode ist es mir nun fast ausnahmslos gelungen, sogar bei diesen verschleppten Fällen binnen kurzer Zeit (4—8 Wochen) eine radikale Heilung insoweit zu erzielen, als Ausfluſs und Filamente im Urin vollständig sistierten, wenngleich gegen die bestehenden Strikturen auch späterhin eine entsprechende dilatierende Sondenbehandlung fortgesetzt wurde.

Der Gang der Untersuchung befafst sich zunächst mit der Frage, ob der Ausfluſs resp. die Filamente noch gonokokkenhaltig sind oder nicht und genügt selbstverständlich zur Lösung dieser Aufgabe nach der positiven oder negativen Seite hin nicht eine einmalige Untersuchung; im übrigen habe ich stets gefunden, dafs die Filamente einer mehrjährigen behandelten Urethritis selten noch Gonokokken beherbergen, sondern nur

bestehen aus Epithelien und Leukocyten, bald die ersteren, bald die letzteren vorwiegend. Dann wird festgestellt, welcher Teil der Harnröhre erkrankt ist, — nach FINGER umfaſst Urethra anterior die Pars pendula und bulbosa, hingegen Urethra posterior die Pars membranacea und prostatica — ob sich mithin der Prozeſs erstreckt auf die pars anterior oder posterior oder beide gleichzeitig? Ist die Pars anterior allein der Sitz der Krankheit, so erkennt man dies sofort an der Verklebung des Orificium urethrae oder, falls solche nicht vorhanden, spült man mehrmals mit kräftigem Strahl von warmem Wasser die Harnröhre aus; in der Trübung oder dem Rückstande der Ausspülung sieht man sofort die Fäden und Krümmel als die Produkte der erkrankten Schleimhaut; der dann sofort nachher gelassene Harn muſs bei intakter Pars posterior klar, rein und ohne Filament sein. Ist die Pars posterior allein erkrankt, dürfen Filamente nur im Urin sich finden, wohingegen bei gleichzeitiger Erkrankung beider Harnröhrenabschnitte dieselben sowohl in der Ausspülung als auch im nachher gelassenen Urin zu sehen sind. — Hieran schlieſst sich sofort eine Durchmusterung der Pars anterior urethrae mittelst des GRÜNFELDschen Endoskops, dessen Einführung stets ohne vorherige Cocainisierung niemals Schwierigkeiten macht, falls nicht zu weit vorgeschrittene Strikturbildung Platz gegriffen hat, die erst vorher durch methodische Dilatation mit elastischen Bougies beseitigt werden muſs. Gewöhnlich gebrauche ich Nr. 24 und 22 Charrière; darunter zu gehen ist wohl kaum zulässig, weil dann die Bilder im Gesichtsfeld zu klein und undeutlich sind wegen der starken Faltenbildung der immerhin durch die vorangegangene Entzündung über die Norm starren Schleimhaut.

Die Endoskopie der Pars posterior urethrae ist bei chronischer Entzündung der betreffenden Schleimhaut, selbst nach vorhergegangener Cocainisierung dieses Abschnitts mittelst der ULTZMANNschen Spritze, immerhin recht schmerzhaft und empfindlich für den Patienten und führt durch die nicht selten dabei kaum zu vermeidende Blutung für den behandelnden Arzt zu keinem Resultat; denn wenn das Gesichtsfeld sich fortwährend mit Blut bedeckt, ist schwerlich eine richtige Ansicht der veränderten Schleimhaut zu gewinnen, geschweige denn an die Applikation eines Ätzmittels zu denken. Ich habe daher die Endoskopie dieses Abschnittes in letzter Zeit ganz aufgegeben, weil ich durch meine gleich zu beschreibende Methode der Behandlung schneller und sicherer die restierende chronische Entzündung zum Verschwinden gebracht habe. Bevor ich übrigens bei gleichzeitiger Erkrankung beider Harnröhrenabschnitte an die Behandlung der letzteren herantrete, muſs zunächst die Pars anterior eine vollständige Restitutio ad integrum bezüglich Ausfluſs und Filamente erfahren haben.

Die Therapie der Pars anterior beginnt also, einerlei ob Gonokokken

vorhanden sind oder nicht, stets damit, dafs ich mit dem eingeführten Endoskop langsam von hinten vom Bulbus aus nach vorne zum Orificium gehend, die erkrankte Schleimhaut, welche sich bald als seichte, leicht zur Blutung neigende Erosion, bald als intensiv dunkel gerötete und sammtartig aufgelockerte, bald als leichthöckrige und granulierende Infiltration deutlich im Tubus charakterisiert, energisch mit dem in 25 % Resorcin-Glycerinlösung getauchten Wattetupfer in Berührung bringe. Diese ziemlich concentrierte Resorcinlösung bewirkt eine äufserst kräftige Reaktion mit nachfolgender intensiver Abstofsung des Epithellagers an den damit in Berührung gekommenen Stellen der Schleimhaut, welches sich auch in den nächsten Tagen durch Steigerung des Ausflusses und Auftreten von grofsen, zusammenhängenden, fetzenartigen Filamenten im Harn zeigt. Meist nach einigen (4—5) Tagen ist diese Reaktion vorüber, und beginne ich jetzt damit, in derselben Weise von hinten nach vorne gehend, successive eine Stelle nach der andern durch Applikation von verschiedenen Ätzmitteln in mannigfacher Concentration zur normalen, festen Überhäutung zu bringen. Als solche habe ich früher je nach Befund und Reaktion Argentum nitricum 1—10 %, Cuprum sulfuricum als Stift, namentlich bei der granulierenden Form, Jodtinktur und 1 % Sublimat-Alkohol gebraucht, bis ich in letzter Zeit einzig allein mich beschränkt habe auf die Anwendung des Acidum trichloraceticum in 20 % Stärke nach Empfehlung dieses Mittels durch A. Lanz (vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII., Heft 7). Ich mufs nun gestehen, dieses Mittel leistet in der Behandlung der chronischen Urethritis geradezu Hervorragendes und hat sich mir entpuppt als ein Specificum bei diesen Affektionen. Die Ätzung mit dieser Lösung wird seitens des Patienten fast ebenso empfunden, wie die einfache Berührung mit dem Wattetupfer und ist ferner die Empfindung nach der Ätzung sofort verschwunden, nicht wie bei den anderen, z. B. Argentum nitricum und Cuprum sulfuricum noch länger schmerzhaft ausklingend; auch kann man dreist gröfsere Strecken damit ätzen, ohne nachher eine lebhaftere entzündliche Reaktion befürchten zu müssen. Die Hauptsache aber ist das rasche Verschwinden des Ausflusses und der Filamente nach Einwirkung dieses Ätzmittels. Erosionen, die jedesmal nach Einführung des Endoskops und sanfter Berührung mit dem Wattetupfer lebhaft bluteten, sind oft nach einer einzigen Sitzung ganz verschwunden und abgeheilt, so dafs man nach einigen Tagen dieselben Stellen kräftig mit dem Wattetupfer reiben kann, ohne Blutung zu erzeugen. Seit einigen Monaten benutze ich nunmehr dieses Ätzmittel ganz ausschliefslich und hat mich dasselbe bisher noch niemals im Stich gelassen. Fälle, wo alle sonst renommierten Mittel absolut nichts fruchteten, wurden in wenigen Sitzungen geheilt. Es sei mir gestattet, aus der Reihe der Fälle zwei anzuführen:

A. Herr, 28 Jahre alt, aus Mexico; Gonorrhoe besteht seit nahezu

2 Jahren; im letzten halben Jahre dort fast täglich behandelt mit UNNAschen Zinnsonden und Argentum nitricum-Armierung in verschiedenster Stärke; die Untersuchung ergiebt keine Gonokokken in den massigen Filamenten, welche im ersten Urin bei der Zweigläserprobe sich zeigten; ferner verschiedene Strikturen in der Pars pendula, leichte Ulcerationen hier und da im ganzen Verlauf des vorderen Harnröhren-Abschnitts, aufserdem heftige Schmerzen bei jeder Erektion. Wegen der Striktur begann die Behandlung mit Endoskop No. 20 Charrière; geätzt wurde 1—2 mal wöchentlich, dazwischen jeden zweiten oder dritten Tag dilatiert mit elastischen Bougies in langsam steigenden Nummern; Heilung nach sechs Wochen; Urin vollkommen klar, ohne jede Spur von Filament; Sonde 26 Charrière läfst sich bequem einführen, Schmerzen bei den Erektionen vollständig geschwunden.

B. Herr von 39 Jahren, seit 10 Jahren in steriler Ehe lebend, hat sich die Gonorrhoe zugezogen vor 13 Jahren. Die Untersuchung ergiebt Verklebtsein des Orificium; es besteht noch immer leichter Ausfluſs, doch ohne Gonorrhoe; im Harn dicke, zahlreiche Filamente; Patient klagt über fortwährend schmerzhaftes Brennen beim Urinieren und namentlich über Schmerzen bei jedem Coitus nnd jeder Erektion. Endoskopisch lassen sich in der Pars bulbosa ausgedehnte, seichte Ulcerationen nachweisen, die sofort nach Einführen des Endoskops beim Zurückziehen lebhaft bluten; auch hier trat nach 4wöchentlicher Behandlung und je 2mal wöchentlicher Ätzung mit Acidum trichloraceticum vollkommene Heilung ein unter Beseitigung der Schmerzen und vor allem des Ausflusses und der Filamente im Urin.

Was nun die Therapie der Urethritis posterior betrifft, so beginnt diese allemal mit einer Einspritzung einer 25 % Resorcin-Glycerinlösung mittelst des nahezu 2,0 fassenden ULTZMANNschen Harnröhren-Injektors vom Isthmus der Pars membranaceae aus durch die ganze Pars posterior in die eben vorher entleerte Blase. Die Einwirkung dieser starken Rerorcinlösung auf die ganze Schleimhaut des hinteren Harnröhrenabschnitts und zum Teil auch der unteren Blasengegend ist eine ziemlich kräftige und äufsert sich in den nächsten Tagen subjektiv hier und da durch lebhaften Tenesmus, starken Drang zum Urinieren; auch kommt ab und zu beim Schluſs der Miktion etwas Blut, ein Zeichen, daſs die Regeneration der Schleimhaut bis in die tiefsten Epithelschichten Platz greift; ferner ist der Urin in den ersten Tagen reichlich versetzt mit dicken, fetzigen Filamenten. Seit der Zeit, daſs ich neben strikter Enthaltung aller Spirituosen und reichlichem Trinken irgend eines indifferenten Mineralwassers für die nächsten 8 Tage täglich 3 mal 1,0 Salol reichen lasse, verlaufen diese eben erwähnten Erscheinungen so milde und rasch, daſs sie in keiner Weise den Patienten in seiner gewohnten Thätigkeit stören. Der Heileffekt dieser einmaligen Injektion

ist oft geradezu verblüffend und habe ich mehrfach eine lang bestehende Urethrocystitis posterior mit einem Schlage verschwinden sehen. Gegen etwa bestehende Strikturen und tiefere Veränderungen der Schleimhaut der Pars posterior genügt selbstverständlich eine solche einmalige Einspritzung nicht und folgt gegen diese nach Ablauf der durch das Resorcin entstandenen entzündlichen Reaktion die Behandlung mit meinen zu diesem Zweck besonders konstruierten Bougies aus Neusilber. Dieselben sind nach dem System der Prostata-Katheter mit Spirale von Dr. Gross gemacht, jedoch ganz grade und bestehen aus einer vorderen, soliden Olive von ca. 1—1½ cm Länge, daran anschliefsender federnder Spirale, etwa 3 cm lang, und nachfolgender, etwa 25 cm langer glatter Röhre; ich gebrauche diese in Stärke von 21, 23, 25 Charrière und eignen sich die Rillen in den Spiralen vorzüglich zur Armierung mit medikamentösen Stoffen; diese Bougies sind so leicht federnd und zum Einführen in die Pars posterior mindestens so angenehm, wie die besten elastischen Bougies; dabei haben sie noch den Vorzug der raschen und gründlichen Desinfizierung. (Diese Bougies sind zu haben bei L. Bors, Grabenstrafse 10, Düsseldorf.) Vorzüglich habe ich in der ersten Zeit zur Armierung die Fleinersche Masse:

Argentum nitric.	0,1—1,0
Butyri Cacao	17,0
Cera flav.	3,0

gebraucht in verschiedenster Concentration, weil sie sich so angenehm in feinsten Lagen in den Spiralen ausbreiten liefs durch einfaches Erwärmen und Durchziehen über eine Spiritusflamme. In den letzten Monaten dagegen wende ich auch hier das Acidum trichloraceticum in 20% Lösung an, welches sich sehr leicht nach Einführung des Bougies durch die Zwischenräume der Spirale hindurch mittelst eines an der Spitze eines geriffelten Mandrins befestigten Wattebäuschchens auf die Schleimhaut applizieren läfst; bald sanft nach vorn und hinten rotierend, kommt schliefslich die ganze Schleimhaut der Pars posterior mit der Ätzlösung in Berührung; etwa überschüssige Flüssigkeit wird vor dem Herausziehen des Bougies mit trockenem Wattetupfer aufgesogen, damit nicht noch nachträglich eine unbeabsichtigte Ätzung der Pars anterior statthat.

Wie ich schon eingangs bemerkt habe, ist mein Material bis jetzt kein grofses, umfassendes gewesen und rekrutierte sich lediglich aus der Privatklientel; gleichwohl hat es ausgewählte und hartnäckige Fälle aufzuweisen, die wohl im stande waren, die Güte einer modificierten Therapie auf die Probe zu stellen bezüglich des Heilresultats. Diese von mir geschilderte Methode der Behandlung hat sich erst langsam bei mir ausgebildet auf dem Wege der Erfahrung und allmählichen Ausscheidung anderer Behandlungsverfahren, die einer rückschauenden Kritik zu unterziehen mich jetzt zu weit führen würde. Die Herren Kollegen, welche an den

Kliniken und in den Lazarethen über ein grofses Material verfügen, möchte ich bitten, mein Verfahren einer gütigen Prüfung wert zu halten und sollte es mich freuen, wenn sie zu gleichen Resultaten gelangen im Grofsen, wie es mir bis jetzt im Kleinen geworden ist.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 1. Dezember 1891.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Rosenthal: Krankenvorstellung. Der 70jährige Patient leidet seit 4 Monaten an einer Affektion der Glans, welche in einer Infiltration besteht, die sich bis zur Urethralöffnung hinzieht. Auch die innere Lamelle des Präputiums ist infiltriert und es findet eine seröse Sekretion aus dem Präputium statt. Es handelt sich also hier um eine **Balanoposthitis**. Die Ursache des Leidens lag aber im Urin; denn derselbe enthielt ungefähr 6% Zucker. Simon hat diese Affektion früher als Balanoostiomykosis bezeichnet, doch ergiebt sich, dafs das ätiologische Moment dafür der diabetische Harn ist. Schreitet das Leiden fort, so entstehen papilläre Wucherungen, selbst gangränöse Prozesse. Therapeutisch wurde neben einer strengen antidiabetischen Kost nur Dermatol aufgestreut, wonach sich die Affektion wesentlich gebessert hat; jezt ist nur etwas Vaselin oder Lanolin benutzt.

Diskussion:

Herr Lewin hat sehr viele Diabetesfälle gesehen, bei denen er schon aus der Trockenheit der Glans die Diagnose stellen konnte. Bei Frauen hat das Ekzem um die Urethra herum meist als Ursache Diabetes.

Herr Hoffmann hat mehrere Fälle von Diabetes bei Frauen beobachtet, bei denen Pruritus bestand, ohne dafs lokal irgend etwas nachgewiesen werden konnte. Dieser Pruritus widersteht allen therapeutischen Mafsregeln, er schwindet erst nach Anwendung einer strengen antidiabetischen Kur.

2. Herr Lewin: Krankenvorstellung. Der 19jährige Patient, welcher stets gesund war, infizierte sich im Januar 1891; es trat Sklerose, Roseola ein, wogegen 27 Inunktionen angewandt wurden. Im Mai klagte er über Halsschmerzen, im Juni soll blutiger Husten sich gezeigt haben. Mitte Oktober stellten sich sehr intensive Kopfschmerzen mit einer Ohraffektion ein, er empfand sehr starkes Sausen in den Ohren, wie siedendes Wasser, daneben bestanden Schwindelgefühle, der Gang wurde taumelnd, er ging breitbeinig. Die Pupillen reagierten gut, Kniephänomene waren mäfsig lebhaft. Die Untersuchung der Augen mit dem Augenspiegel ergab eine verwaschene Stelle an der Papille. Beim Schliefsen der Augen tritt starkes Schwanken ein, welches stärker wird, wenn der Patient die Zunge herausstreckt. Oberextremitäten sind normal. Man könnte diesen Fall zu den Menière'schen Krankheitsfällen zählen, wo die halbzirkelförmigen Kanäle affiziert sind, allein Herr L. glaubt, dafs hier mehr eine **syphilitische Erkrankung des kleinen Gehirns** vorliege und dafs die halbzirkelförmigen Kanäle nur sekundär erkrankt sind. Der Patient hat auch im Bett Schwindelanfälle gehabt, einmal war Erbrechen erfolgt, zeitweise bestand Übelkeit. Nach subkutanen Injektionen von Sublimat hat sich der Zustand des Patienten wesentlich gebessert.

Diskussion:

Herr Lassar fragt, ob nicht die cerebrale Affektion zu früh nach der Infektion eingetreten sei, worauf Herr Lewin erwidert, dafs es solche galoppierende Syphilisfälle giebt, die vielfach beschrieben sind und die meistens sehr ungünstig verlaufen.

3. Herr Lewin stellt dann einen andern **Fall von cerebraler Ataxie** vor. Patient, 23 Jahr alt, infizierte sich im Februar d. J., es trat eine Sklerose ein, weiter weifs er nichts anzugeben. Im Mai begann er über Kopfschmerzen und Schwindel zu klagen, er glaubte zu stürzen, doch blieb das Bewufstsein erhalten. Im Juli gesellte sich Gedächtnisschwäche, Sprachstörung und ein ataktischer Gang hinzu. Nebenbei bestand unwillkürliches Urinlassen. Wenn er einige Zeit geht, dann treten choreatische Armbewegungen ein, indem die Oberarme anfangen zu zittern. Therapeutisch wurden bis jetzt 15 Sublimat-Einspritzungen angewandt, wonach sich der Zustand wesentlich gebessert hat. Herr L. möchte als Sitz des Leidens den Wurm des Kleinhirns annehmen; denn dabei zeigt sich neben breitspurigem Gang ein Zittern des ganzen Körpers, wie in diesem Falle. Jetzt besteht beim Augenschliefsen kein Schwanken, Sehstörungen waren nie vorhanden.

Diskussion:

Herr Heller hat bei der Untersuchung des Kranken eine Erhöhung der Kniephänomene gefunden und da bei dem Patienten die Sprachstörung eine solche ist, wie man sie bei der multiplen Sklerose findet, so möchte er darauf aufmerksam machen, ob man nicht an eine Hirn-Rückenmarkssklerose denken könnte.

Herr Lewin erwidert, dafs dies kein reiner Fall ist und dafs wahrscheinlich neben der Erkrankung des Kleinhirns eine Rückenmarksaffektion vorliege.

4. Herr Heller: **Weitere Beiträge zur Osmierung der normalen Haut.** Herr H. demonstriert im Anschlufs an den Vortrag des Herrn Ledermann in voriger Sitzung einige Präparate der mit Osmiumsäure behandelten Oberhaut von Rinderembryonen. In der Zone zwischen Cutis und Epidermis finden sich bei jungen Föten (25 cm Länge), bei denen eine genaue Trennung der einzelnen Hautschichten noch schwer möglich ist, nach Behandlung mit Osmiumsäure grofse Mengen schwarz gefärbter Körnchen, die auch über jene Zone hinaus sich bis in die gerade im Ohr besonders entwickelten Hauttalgdrüsen verfolgen lassen. Von Bedeutung ist die chemische Natur dieser Körnchen, insbesondere ihre von Ledermann angenommene Beziehung zum Pigment. Dafs diese Körnchen nicht etwa gewöhnliches Pigment sind, ergiebt sich aus ihrer Abwesenheit in nicht mit Osmiumsäure behandelten Schnitten. Gegen ihre Zusammensetzung aus Fett spricht anscheinend ihre Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol und Äther. Wären die Körnchen etwa modifiziertes Pigment, so müfsten sie durch Wasserstoffsuperoxyd entfärbt werden, was jedoch nicht der Fall ist. Aufserdem wäre das Vorkommen massenhafter Pigmentkörner bei so jungen Föten an dieser Stelle des Körpers unverständlich. Wohl aber ist eine grofse und frühzeitige Fettbildung in der an Talgdrüsen so reichen Haut des Ohres erklärlich. Für die Deutung der Körner als Fett spricht auch ungezwungen ihre Schwarzfärbung durch die Osmiumsäure. Möglicherweise verändert die Osmiumsäure die Oberfläche der einzelnen Fettkörnchen chemisch derartig, dafs sie ähnlich wie die Fettkügelchen der Milch bei nachfolgender Anwendung von Alkohol und Äther nicht gelöst werden.

5. Herr Lewin teilt mit, dafs er in der letzten Zeit einen Fall beobachtet habe, bei dem **nach einer Infektion der Finger die Axillardrüsen angeschwollen** sind. Es wurde immer behauptet, dafs dabei die Cubitaldrüsen anschwellen, was Herr L. nie beobachtet haben will. Von den Fingern gehen nämlich die superficiellen Lymph. gefäfse zu den Axillar-, die tieferen zu den Cubitaldrüsen, so dafs letztere nur dann anschwellen, wenn die Infektion tief genug gegangen ist.

6. Herr Lewin: **Über die willkürliche Erzeugung des Erythema exsudativum multiforme.** Nachdem Herr L. schon früher das gleiche Experiment mit Erfolg ausgeführt hatte, gelang es ihm wieder in einem Falle von Erythema exsudativum multiforme nach völligem Erlöschen der Affektion durch Reizung der Urethra mit Sabinasalbe einen neuen Ausbruch der Krankheit hervorzurufen. Schon 27 Stunden nach Anwendung der Salbe tritt unter Fieber, Frost und Hitze das Exanthem auf. Die Versuche sind von Bedeutung für die Erkennung des Wesens der Krankheit. In neuester Zeit sind ähnliche Versuche von du Mesnil angestellt worden. Es gelang letzterem sogar künstliche Purpura hervorzurufen.

7. Herr Köbner jun.: **Ein Fall von Purpura.** Der Vortragende beobachtete ein 17jähriges Mädchen, das an einer heftigen Purpura vor allem der oberen und unteren Extremitäten erkrankt war. Salicylsäure und Jodkalium waren schon ohne jeden Erfolg gegeben worden. Dabei waren alle Organe intakt, es bestand nur Albuminurie und eine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen. Nach einigen Tagen trat plötzlich unter heftigen Schmerzen Blutbrechen auf; es wurden auch pechschwarze Stühle, in denen Blut nachgewiesen werden konnte, entleert. Bei geeigneter Diät verschwanden sowohl die Erscheinungen als auch die Purpuraflecken der Haut; letztere kehrten jedoch, nachdem die Patientin das Bett verlassen hatte, wieder. In neuerer Zeit hat man die Purpura als Infektionskrankheit aufgefafst und zwar konnte Petrone durch Einspritzung des Blutes Purpurakranker bei Kaninchen purpuraähnliche Erscheinungen (Blutungen in den serösen Häuten, Meningen etc.) hervorrufen. Die Weiterimpfung des Blutes der so erkrankten Tiere hatte ähnliche Erscheinungen zur Folge. Demnach scheint eine toxische, im Blute vorhandene und demgemäfs übertragbare Substanz die Krankheit zu veranlassen.

Herr Lewin verfügt über eine Reihe von Fällen, in denen Purpura durch metallische Gifte (Phosphor, Ammoniak) sowie durch vegetabilische Stoffe hervorgerufen wurden. So erkrankte ein Patient nach dem Genufs von Spargel, der längere Zeit an einem dunklen und feuchten Orte aufbewahrt war. Nach Vermeidung der Schädlichkeit verschwand die Krankheit, um sofort wiederzukehren, nachdem der Patient wieder von dem Spargel gegessen hatte. Anscheinend hat sich im Spargel eine toxische Substanz gebildet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Über die pflanzlichen, nicht mikrobischen Parasiten, welche vom Tiere auf den Menschen und vice versa übertragbar sind, von R. Blanchard. (Progrès méd. 1891 No. 50 und 52.) V. teilt dieselben in 2 Kategorien ein, nämlich 1. in solche, bei denen eine Übertragung vom Tiere auf den Menschen mit Sicherheit festgestellt ist, und 2. in solche, bei denen eine solche Übertragung nur mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. Zur ersteren Klasse zählt er:

1. Achorion Arloingi (Busquet 1891). Von diesem α-Favuspilz (Quincke) sind Übertragungen von der Maus auf die Katze und von dieser auf den Menschen bekannt.

2. Achorion Schönleinii (Remak 1845), der β und γ-Pilz Quinckes, bedingt den Favus herpeticus. Die Provenienz dieses Pilzes konnte bisher nicht festgestellt werden. Neumann hält ihn für identisch mit dem Epidermidophyton gallinae (Mégnin), dem Parasiten des Hühnerfavus.

3. Trichophyton depilans (Mégnin 1878) verursacht die Tinea tonsurans des Rindviehes, und bedingt, von hier auf den Menschen übertragen, einen Herpes circinatus. Gerlach hat den Pilz auf Pferd und Hund inokuliert.

4. Trichophyton tonsurans (Malmsten 1848). Übertragungen auf den Menschen von Pferd (Epidemien in Kasernen), Hund und Katze.

Unter der zweiten Klasse führt R. an:

1. Aktinomyces bovis (Hart 1877). R. wünscht für diesen Pilz die passendere Bezeichnung Discomyces (Rivolta). Er wurde beobachtet beim Menschen, dem Rinde, dem Pferde und dem Schwein (bei letzterem nur in den Muskeln). Es findet keine Übertragung vom Tier auf den Menschen statt, sondern letzterer infiziert sich gleich, wie ersteres an den Gramineen, den Trägern des Aktinomycespilzes.

2. Mikrosporon Audouini (Gruby 1843), der Pilz der hyphogenen Alopecia areata. Bedingt wahrscheinlich die Alopecia des Rindes, der Katze und des Kalbes; er ist von Mensch auf Mensch übertragbar; ob auch vom Tiere auf den Menschen, ist nicht festgestellt.

3. Lepocolla repens (Eklund 1883) oder Epidermidophyton (Lang 1879); nach Angabe der genannten Autoren der Pilz der Psoriasis. Auch Verf. ist der Ansicht, dafs die Psoriasis eine parasitäre Erkrankung sei. Er führt an, dafs dieselbe nicht nur von Mensch auf Mensch (Unna, Aubert, Augagneur), sondern auch vom Menschen aufs Tier (Lassar) übertragbar sei. Eklund will die Krankheit besonders häufig bei Kutschern angetroffen haben.

4. Aspergillus fumigatus (Fresenius). Häufig bei Tauben, wo der Pilz tuberkuloseähnliche Veränderungen der Lungen erzeugt. Verf. glaubt, dafs die mit Expektoration mycelienhaltiger Sputa einhergehende Pseudo-Tuberkulose der pariser Taubenmäster ebenfalls durch diesen Pilz verursacht werde. Die Art und Weise, wie die Taubenmästung geschieht, macht allerdings eine Infektion nicht unwahrscheinlich.

R. zählt aufserdem noch 13 andere Fadenpilze auf, die bei verschiedenen Hautaffektionen des Menschen und von Tieren beobachtet wurden und die vielleicht in einem kausalen Zusammenhang mit denselben stehen, jedoch noch zu wenig bekannt sind.

Prophylaktisch verlangt Verf. Isolierung der erkrankten Tiere, Desinfektion eventuell Zerstörung der mit ihnen in Kontakt gelangten Gegenstände.

C. Müller-Basel.

Hygiene.

Wie ist die Prostitutionsfrage aufzufassen, und wie hat sich der Arzt zu derselben zu stellen? Von Carl Löwe. *(Der ärztl. Praktiker* 1891 No. 51.) Anstatt sich mit den durch die Prostitution hervorgerufenen Schäden zu befassen, rät der V., das Übel (alias Prostitution) an der Wurzel anzufassen. Um eine Einschränkung derselben herbeizuführen, mufs man die Nachfrage vermindern; das kann nur dadurch erreicht werden, dafs die Ärzte den Jünglingen und unverheirateten Männern Abstinentia coeundi predigen, und daher wendet sich der V. hauptsächlich in diesem Sinne an die Kollegen. Ob dadurch nicht ein Übel durch ein noch gröfseres verdrängt wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls dürfte damit aber der Masturbation ein noch gröfseres Feld eröffnet werden, als diese ohnehin schon behauptet.

P. Taenzer-Bremen.

Zur Abwehr der Prostitution und ihrer Folgen, von J. Edm. Güntz. (Berlin, 1892, Hugo Steinitz.) Von einer ganz anderen Seite und viel tiefer fafst dieser V. seine Aufgabe auf. Nach Erörterung der Widersprüche in der Gesetzgebung und der vom V. der vorhergehenden Arbeit geforderten Abstinenz des Geschlechtsgenusses,

welche durch reizlose, d. h. Pflanzenkost, leichter zu erreichen sein würde, plaidiert V. dafür, die venerisch erkrankten Puellae, nachdem sie im Hospital „geheilt“ sind, 1—2 Jahre lang in „Quarantäneanstalten“ zu beschäftigen und dann erst, wenn sie während dieser Zeit frei von Erscheinungen geblieben sind, zu entlassen. Ein Teil der Entlassenen würden vielleicht zu ehrbarer Beschäftigung zurückkehren, während sich der Rest der Prostitution wieder in die Arme wirft. Diese Art der Behandlung bringt V. in Analogie mit den Leproserien des Mittelalters und weist auf die günstigen Erfolge derselben hin.

Es läfst sich ja nicht leugnen, dafs für den Vorschlag des V.'s so manches spricht, allein er scheint uns etwas zu einseitig zu sein; denn während in die Leproserien alle an Lepra Erkrankten, Männer, Weiber und Kinder, aufgenommen werden mufsten, handelt es sich bei dem Vorschlage des V.'s nur um die syphilitischen Prostituierten, während er für Behandlung der Männer in dermato-syphilidologischen Polikliniken eine Lanze bricht. Gerade im Heimatlande des V.'s aber werden ja bekanntlich die spezialistischen Polikliniken auf das heftigste bekämpft und es scheint uns keine Aussicht, dafs dieser Wunsch des V.'s in Erfüllung gehen könnte.

Behufs Verminderung der Syphilis und leichterer Durchführung einer allgemeinen Behandlung der an Syphilis Erkrankten ist die Gleichberechtigung der Syphilis mit anderen Krankheiten bei den Krankenkassen zu erstreben, die Aufnahme Syphilitischer in den Krankenhäusern zu erleichtern, die syphilitischen Schulkinder vom Schulbesuch fernzuhalten, besondere Vorsichtsmafsregeln bei der Revaccination Syphilitischer anzuwenden, das Ammenwesen, das Ziehkinderwesen, die Findelhäuser und Waisenhäuser zu kontrollieren, und das syphilitische Publikum in gewissem Mafsstabe über Ansteckung und Wesen der Krankheit aufzuklären.

Zum Schlusse wird der Internierung der Prostituierten in bestimmten Häusern und Strafsen, in denen keine Familien, namentlich keine Kinder wohnen dürfen, das Wort geredet. *P. Taenzer-Bremen.*

Pharmakologisches.

Löslicher Schwefel von H. T. Pentermann. (*Journ. of the Soc. of chem. Ind.* Juli 1891.) Nach dem *Notes on new remedies* hat P. eine Methode veröffentlicht, um einen in Wasser löslichen Schwefel darzustellen. Es ist hierzu nur nötig, eine Mischung von Salzsäure und Natronthiosulphat eine Zeit lang stehen zu lassen, worauf ein Niederschlag von bald flockig werdendem Schwefel entsteht; derselbe ist in Wasser mit gelber Farbe völlig löslich, geht aber bald in das gewöhnliche Thiosulphat über. Während des Übergangs findet keine Entwickelung von Schwefelwasserstoff statt, ein Beweis, dafs der lösliche Schwefel nicht ein Wasserstoffpolysulphid etwa sein kann. *Philippi-Nieheim.*

Ichthyol von T. C. Charles. (*Lancet.* 26. Sept. 1891.) Bericht über günstige Wirkung des Ichthyols bei einer Reihe von Störungen, namentlich Erysipel, Ekzem, Akne, Verbrennungen, Psoriasis, Erythemen, Herpes zoster, Sycosis, Pityriasis capitis, Pruritus senilis, Furunkeln, Karbunkeln, Kontusionen, sowie bei Rheumatismus, Gicht und verschiedenen katarrhalischen Affektionen. Verf. spricht sich sehr befriedigt über das Mittel aus. Die Darreichung geschah teils innerlich (in Kapseln und Pillen), teils in Form von Salben, ätherischen Lösungen mit und ohne Kollodium und als Spray. *Philippi-Nieheim.*

Die Wirkung des Tuberkulins auf das Blut von C. J. Bond. (*Brit. med. Journ.* 5. Dez. 1891.) Verf. weist darauf hin, dafs das Blut bei Kranken mit akuten

infektiösen Krankheiten bald nach der Entfernung aus dem Körper Krystalle bildet, und berichtet, dafs er das nämliche Verhalten nach Injektionen mit Tuberkulin beobachtet habe. *Philippi-Nieheim.*

Das neue Präparat **„Borglycerinlanolin,"** welches fabrikmäfsig von der Berliner chemischen Fabrik Dr. Graf & Co. dargestellt wird, ist eine Zusammensetzung von Borsäure, Lanolin und Glycerin. — Wir haben selbst längere Zeit Versuche angestellt, um das in vielen Richtungen erprobte Lanolin zum Einfetten der Katheter und anderer Instrumente zur Behandlung der Harnorgane zu benutzen. Indessen erwies sich das unvermischte Lanolin nicht als genügend weich dazu.

Die neue hier besprochene Mischung aber entspricht allen Anforderungen, die man für einen solchen Zweck stellen mufs. Durch die Hinzufügung von Glycerin erhält man ein geschmeidiges Präparat, das sich leicht über die ganze Fläche des Katheters verteilen läfst. Abgesehen davon, dafs es an und für sich nicht leicht der Zersetzung unterliegt, also auch nicht ranzig wird, dient die Beimischung von Borsäure vorteilhaft dazu, die aseptischen Eigenschaften des Präparats zu erhöhen. Es wirkt auf die Schleimhaut der Urethra in keiner Weise reizend, sondern wird auch als Bedeckung derselben (mit dem damit bestrichenen Katheter eingeführt) angenehm empfunden. Als besonders zweckmäfsig erscheint die Aufbewahrung in Zinntuben, welche eine nahezu unbegrenzte Haltbarkeit bewirkt.

Auch bei verschiedenen Hautaffektionen, namentlich Balanitis etc., ferner Intertrigo und beim Decubitus hat sich das Präparat sehr gut bewährt. — Als sehr zweckmäfsig hat es sich herausgestellt, die Spitzen der Pravazschen Spritze vor dem Einstich in die Haut mit Borglycerinlanolin einzufetten. (*Internat. Centralbl. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sex.-Org.* Bd. III., S. 232.)

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Kenntnis des Dermatol. Bakteriologisches und Therapeutisches, von Dr. A. Bluhm. (*Therap. Monatsh.*, 1891 No. 12.) Verf. hat eine gröfsere Reihe von Bakterien mit Dermatol untersucht und stimmen seine Erfahrungen mit denjenigen Rosenthals nicht ganz überein, indem er eine Wachstumshemmung nur bei dicker Überstreuung sah, d. h. bei vollständigem Luftabschlufs. Daraus ergiebt sich für die Praxis, dafs man das Dermatol in gröfserer Menge appliziere. Übereinstimmend mit Heinz möchte er dabei die Benutzung des Zerstäubers empfehlen, welcher eine innigere Berührung des Medikaments auf der Wundfläche und den ihr anhaftenden Mikroorganismen ermöglicht, als sie beim einfachen Aufstreuen eintritt. Das Dermatol besitzt nur bakterienhemmende, nicht tötende Eigenschaften. Unter 8 Fällen von Ulcus cruris, die mit Dermatol behandelt wurden, hat B. 7 mal einen recht günstigen, 1 mal einen anfänglichen Mifserfolg zu verzeichnen, wobei er die sekretionsbeschränkende Wirkung des Dermatol beobachten konnte. Ebenso günstig zeigte es sich bei kleinen chirurgischen Eingriffen, wie bei den Incisionen beim Carbunkel.

L. Hoffmann-Berlin.

Das Dermatol in der Praxis (Ein Fall von Vergiftung durch dasselbe), von Dr. Weismüller. (*Berl. klin. Woch.*, 1891 No. 51.) Bei einem 38jährigen Patienten, welcher seit Jahren an Ulcus cruris an beiden Beinen litt, wandte W. das Dermatol an und verbrauchte davon in 10—12 Tagen 20,0—30,0 zum Aufstreuen. Es trat keine Besserung ein, sondern Patient klagte über Schwindel im Kopfe und Hautjucken, weshalb statt des Dermatol ein Streupulver aus Acid. salicyl. 5,0, Acid. boric. 3,0, Zinc. oxyd. 2,0, Amyl., Talc. ää 20,0 mit gutem Erfolg verabreicht wurde.

Bei einer zweiten Patientin, die 15,0 Dermatol bei einem grofsen Fufsgeschwür gebrauchte, stellte sich danach Fieber 39° ein; die Patientin klagte über Kopfschmerz, Müdigkeit in allen Gliedern, Appetitlosigkeit und hatte über den ganzen Körper einen juckenden, brennenden Ausschlag. An dem Fufse hatte Patientin linsen- bis fünfpfennigstückgrofse mit Serum gefüllte Blasen. Nach Aussetzen des Dermatol schwanden die Erscheinungen. *L. Hoffmann-Berlin.*

In der Gesellschaft russischer Ärzte, Sitzung vom 7. Nov. (*Wratsch* 1891. No. 46), referiert Dr. Iwanoff über seine Untersuchung über **subkutane Injektionen mit den löslichen Produkten des Staphylococcus flavus und ihre Einwirkung auf das Unterhautzellgewebe.** Versuchstiere Kaninchen. Bouillonlösung mit ½ % Cl. Na. wurde 3 Tage sterilisiert jedesmal 20—30 Min. bei Temper. von 99° C. und mit Staphylococc. flav. geimpft. Am nächsten Tage war die Bouillon getrübt, ungleichmäfsig gelb verfärbt, am 3. Tage undurchsichtig, mit sehr kleinen hellgrauen Pünktchen durchsetzt, auf der Oberfläche klumpige, gräuliche Plaques. In den nächsten Tagen fielen kleine Gerinsel zu Boden, die Klümpchen auf der Oberfläche von gelber Farbe. Mit der Vergröfserung des Niederschlages fing die Flüssigkeit an sich aufzuhellen. Nach 2 Wochen war die Flüssigkeit nur durch eine Opalescenz von der klaren Bouillon zu unterscheiden. Die Gerinsel am Boden hellgelb, opalescierend, die noch an der Oberfläche befindlichen von orangegelber Farbe. Die Flüssigkeit wurde nur mit dem Minickeschen Trichter filtriert. Das Filtrat ist ganz rein, enthält keinerlei Mikroorganismen. Es ist heller und durchsichtiger als die sterilisierte Bouillon. Eine andere, gleichzeitig geimpfte und ebensolange im Thermostaten gehaltene Portion wird eine Stunde lang bei 99° C. sterilisiert. Diese Flüssigkeit wurde unter üblichen Kautelen Kaninchen injiziert (1 Gramm pro dosi); eine Reihe bekam filtrierte, eine zweite sterilisierte Kulturflüssigkeit, eine dritte sterilisierte Bouillon.

Das Resultat war folgendes: Die Injektion filtrierter sterilisierter Kulturflüssigkeit ruft eine teigige Schwellung hervor, die sich 2 Tage hält, sich allmählich resorbiert und nach 5—6 Tagen einen kleinen subkutanen Knoten hinterläfst, der mit der Zeit aufgesogen wird. Der Durchschnitt eines solchen Knotens ergiebt ein derbes, infiltriertes Bindegewebe, im Centrum eine mit gelblichem Detritus angefüllte kleine Höhle. Die Impfung mit Detritus ohne Resultat. Unter dem Mikroskop zeigte er eine körnige Masse, untermengt mit weifsen Blutkörperchen, mit deutlichen Konturen. Sterilisierte reine Bouillon ergab gar keine Veränderung. Die Temperaturschwankungen waren bei beiden Formen von Kulturflüssigkeit dieselben (leider nicht angegeben in welchen Grenzen). Bei täglichen Injektionen nahm die Infiltration zu und wurde nach der 3. so derb, dafs sie kaum die Nadel hineinliefs. Die Temperaturschwankungen waren schärfer ausgeprägt. Die Resorption ging langsamer von statten. Drei Stunden nach der Injektion sind die Gefäfse erweitert, mit ein- und mehrkernigen weifsen Zellen angefüllt, in den nichtangefüllten Gefäfsen sind sie randständig angeordnet, die Endothelien gequollen; auch in dem perivasculösen Gewebe finden sich Leukocyten; die Kerne der Zellen des Bindegewebes sind vergröfsert und abgerundet; die fixen Bindegewebszellen und Fibrinbündel gequollen. Nach 6—14 Stunden ist die Zahl der Leukocyten vermehrt. Nach 24 Stunden findet man Quellung und Körnigkeit der fixen Zellen, Zellen mit sich nicht färbenden Kernen und unter ihnen unregelmäfsige körnige Massen. Die Fibrinbündel gequollen und blafs, stellenweise gleichsam verwickelt, überall Leukocyten, von denen viele fettig degeneriert erscheinen; in der epithelialen Schicht der Haut Kernteilungsfiguren.

E. Kroug-Hungerburg (Narwa).

Angioneurosen.

Ein Fall von universellem Erythema multiforme, von L. A. Duhring. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* November 1891.) Ein 29jähriger, kräftiger Mann, der sonst stets gesund gewesen war, erkrankte an Rheumarthritis acuta und zeigte nach etwa achttägigem Unwohlsein plötzlich einen erythematösen, juckenden, nicht scharf umschriebenen Ausschlag an den Beuge- und Streckseiten der Arme, im Gesicht, auf der Brust, dem Rücken und den Handtellern. Während der nächsten paar Tage nahm die Affektion schnell zu, so dafs bald fast der ganze Körper und auch wohl ein grofser Teil der Schleimhaut des Verdauungskanals ergriffen wurde. Wenigstens war der Pharynx mit ähnlichen roten Flecken dicht besetzt, und das andauernde Erbrechen des Kranken deutete auf eine Weiterverbreitung des Prozesses nach abwärts. Nach 8 Tagen Abblassen des Exanthems und alsdann allgemeine Desquamation und Ablösung ganzer Felder von Epidermis. Heilung. Verf. bezeichnet diesen Fall als ein Unicum. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von J. D. Windle. (*Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1891.) Eine 75jährige Frau erkrankte ganz plötzlich mit Blutungen aus dem Rectum und der Vagina und ziemlich lange anhaltendem Kollaps. Rumpf, Arme und Beine waren mit subkutanen Hämorrhagien dicht besetzt. Trotz geeigneter Behandlung wiederholten sich die Blutungen und Patientin starb am 6. Krankheitstage, vermutlich infolge einer cerebralen Hämorrhagie. *Philippi-Nieheim.*

Traumatische Entzündungen.

Ein Fall von wahrscheinlich durch Arsenik bedingter Keratose der Handteller und Fufssohlen, von J. G. Pringle. (*Brit. Journ. of Derm.* Dez. 1891.) Ein 20jähriges Mädchen, das wegen Psoriasis mit verschiedenen Mitteln, unter anderen mit Arsenik (Liq. Fowleri mit Unterbrechungen bis zu 36 Tropfen pro die) behandelt war, zeigte elf Monate nach Beginn der letzteren Behandlung an den vorher als gesund konstatierten Handtellern und Fufssohlen eigentümliche, warzenartige, bräunlich gelbe, derbe, kleine Erhebungen. Dieselben sind in grofser Anzahl vorhanden, variieren von Stecknadelknopf- bis Halberbsengröfse und sind teils spitz, teils oben abgeplattet. Die Haut war dabei im allgemeinen an diesen Stellen verdickt und secernierte Schweifs in grofsen Mengen. Verf. schreibt die Affektion dem Gebrauch des Arseniks zu, eine Ansicht, welche von Hutchinson bestätigt wurde. Alle therapeutischen Mafsregeln brachten nur temporäre Besserung. *Philippi-Nieheim.*

In dem Kiewschen Militärhospital (*Wratsch.* 1891. No. 48.) demonstriert Dr. Solomka einen Kranken mit **traumatischer Ablösung der Haut des Oberschenkels mit nachfolgendem Lymphergufs** (découlement traumatique de la peau.)

Der Sapeur R. wurde beim Graben von Erde durch herabfallende Massen verschüttet, wobei ihn die stürzende Erde in tangentialer Richtung streifte. Bei seiner Aufnahme ins Hospital ergab sich geringe Schmerzhaftigkeit der vorderen und inneren Oberfläche des linken Oberschenkels in ihrem mittleren und unteren Segment, oberflächliche Abschürfungen und eine geringfügige Sugillation auf der Innenfläche. Allgemeinbefinden vorzüglich. Am 3. Tage etablierte sich auf dem unteren Drittel des Oberschenkels eine Geschwulst, die sehr prall, gleichmäfsig anzufühlen war. Die Schmerzen vergingen mit ihrem Erscheinen. Diese Geschwulst vergröfserte sich täglich, ohne dafs Fieber aufgetreten oder das Allgemeinbefinden irgendwie gestört worden wäre, auch ohne die geringsten Schmerzen. 2 Wochen nach dem Unfall bot

sich folgendes Bild: die innere und hintere Fläche des untern Drittels des Oberschenkels leicht gelblich verfärbt an Stelle der früheren Sugillationen; das mittlere und untere Drittel bedeutend dicker als an dem rechten Bein; zwei Finger breit oberhalb der Patella liegt die Haut in einer breiten Falte beträchtlich über die Patella herüber. Bei den geringsten Bewegungen des Kranken gerät die Geschwulst in Wellenbewegungen. Übt man einen Schlag auf dieselbe, so setzt sich eine hübsche Wellenlinie bis beinahe zum oberen Drittel hinauf fort. Ein Beweis für freie Flüssigkeit. Die Behandlung war eine chirurgische. Incision, Entleerung von einer grofsen Menge hellbrauner durchsichtiger Flüssigkeit, Lymphe mit geringen Mengen Blutes. Ausspülung mit 30 % Karbollösung. Fieberloser Verlauf. Nach 14 Tagen als gesund entlassen. *Kroug-Hungerburg b. Narwa.*

Akute Exantheme.

Vaccinations- und Revaccinationsergebnisse, von E. Peiper. (*Intern. klin. Rundsch.* 1891. No. 43.) Verf. hat die Impflisten der Stadt Greifswald durchgesehen und gefunden, dafs von 479 Kindern bei der im 12. Lebensjahr vorgenommenen Revaccination 94,99 % reagierten. Von 24 Kindern, die nicht auf die erste Revaccination reagierten, erwiesen sich bei der zweiten Revaccination zehn mit vollem Erfolge für das Vaccinekontagium empfindlich. Aufserdem ersah Verf. aus den Listen, dafs in 16 Fällen, wo die erste Impfung ins zweite, beziehungsweise dritte Lebensjahr aufgeschoben war, die Revaccination schon nach 10, bezw. 9 Jahren haftete. Ferner erwies sich die Zahl der bei Erstgeimpften aufgegangenen Blattern als von Einfluſs auf das Resultat der Wiederimpfung, insofern als eine gröfsere Zahl derselben einen längeren Schutz gewährt. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Pest, Vortrag von Dr. Proust an der Faculté de médecine de Paris (Progrès méd. 1891 No. 48). Unter Hinweis auf die verheerenden Pestepidemien in Marseille (1720) und in Rufsland (1876—77) sowie auf das endemische Vorkommen der Seuche in gewissen Gegenden des osmanischen Reiches, Persiens, Indiens, Chinas (an den Grenzen Tonkins) konstatiert Vortr. heute einen bedeutenden Rückgang derselben. Heutzutage kenne man nur noch die Bubonenpest, deren drei Hauptsymptome das Auftreten von Bubonen, Beulen und Petechien sind. Es sei eine leichte und eine schwere Form zu unterscheiden. Schlechte hygienische Verhältnisse, vorangegangene Hungersnot etc. begünstigen die Verbreitung der Seuche. Keine Altersstufe oder Race, kein Geschlecht zeigt sich besonders empfänglich für die Krankheit, indem alle gleichmäfsig betroffen werden. Einen unverkennbaren Einfluſs scheint dagegen die Lufttemperatur auszuüben, indem die Epidemien bei starker Hitze im Sommer immer abgenommen haben, während der Frühling jeweilen die höchste Anzahl der Erkrankungen aufwies. Die Kontagiosität der Pest (von Koch früher abgeleugnet) erweise sich 1. aus dem sicher nachgewiesenen Auftreten derselben durch Importation, 2. aus dem Verschontbleiben streng abgeschlossener Gebäude und Bezirke in schwer betroffenen Gegenden, 3. aus dem Fortschreiten der Epidemie auf dem Wege der Verkehrsstrafsen. Verbreitung auf dem Luftwege sei niemals konstatiert worden, sondern zur Übertragung des Virus sei direkter Kontakt mit demselben notwendig; dasselbe behalte lange Zeit seine Wirksamkeit. Als prophylaktisches Haupterfordernis verlangt Vortr. strenge Durchführung der Quarantänemafsregeln.

C. Müller-Basel.

Die Bedeutung von Mikrobien bei der Ätiologie der Scarlatina, von J. F. Barbour. (*New York Med. Journ.*, November 1891.) Verf. bespricht die von

Crookshank, Thin, Klein, Edington, Power u. a. gemachten Beobachtungen ohne etwas Neues zu bringen. Man wird dem Verf. gerne beipflichten in seiner Ansicht, dafs besagte Untersuchungen zwar interessantes und wertvolles Material enthalten, dafs aber der Beweis eines wirklichen, pathogenen Scharlachpilzes noch aussteht.

Philippi-Nieheim.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bericht über Lepra und das Lepra-Hospital auf Trinidad vom Jahre 1889, von B. Rake. Dieser zur Information für den Gouverneur verfafste Bericht enthält neben Mitteilungen, welche ausschliefslich die Verwaltung, Leistungen und Bedürfnisse des Trinidad Lepra-Asyls betreffen, auch vieles, was von allgemeinem medizinischen Interesse ist. Verf. bespricht die wichtige Frage von der Kontagiosität der Lepra, schildert einige Komplikationen sowie seine bakteriologischen Untersuchungen namentlich an Erde und Nahrungsmitteln und seine therapeutischen Erfolge, wobei er besonders das Creolin als wertvolles Antisepticum hervorhebt und einige günstige Einwirkungen des Chaulmoogra-Öls sowie von Quecksilberjodid und die Methode der Excision der Lepraknoten mit dem Messer erwähnt. Vieles von diesem Bericht ist bereits in anderen Fachblättern (*Journ. of Leprosy investigation Committee, etc.*) inzwischen erschienen.

Philippi-Nieheim.

b. *Tuberkulose.*

Robert Kochs Tuberkulosenbehandlung, von Aufrecht. Die vom V. erzielten Resultate müssen im Vergleich mit denen anderer als auffallend günstige bezeichnet werden. Unter Anwendung kleiner Dosen — Beginn mit $^1/_{10}$ mg — hat er von 112 leichten und mittelschweren Fällen von Lungentuberkulose 48 geheilt, 37 sehr gebessert, 22 gebessert, 5 ungeheilt entlassen. Die Larynx- und Hauttuberkulose bietet nach A. ein weniger günstiges Feld für die Behandlung, da eine Abstofsung der erkrankten Teile hier nicht in dem Mafse stattfinden kann wie in den Lungen und dem Darm. Das frühzeitige Auftreten von Verschlimmerungen nach dem Aussetzen selbst bei schon gebesserten Fällen soll beweisen, dafs das Mittel nicht eine entzündliche Abgrenzung tuberkulöser Herde, sondern nur eine Immunisierung der Umgebung derselben herbeiführt. Demnach wird durch das Tuberkulin eine Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses verhindert und so Zeit zur Heilung gewonnen; das Mittel ist kein direktes Heilmittel, sondern nur ein unfehlbares Hülfsmittel zur Heilung der Tuberkulose.

Auf die Tuberkelbacillen selbst übt das Tuberkulin keinen Einfluſs aus, denn die Untersuchung der Cavernenwände von derartig behandelten Patienten ergab das Vorhandensein vollkommen intakter Tuberkelbacillen. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 49 B. 1. Heft.)

Reunert-Hamburg.

Lupus, von H. G. Piffard. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis. Vol. IX. No. 5.*) In einem anregenden Vortrag besprach P. vor der New York Academy of Medicine (2. IV. 91) in kurzen Zügen die geschichtliche Entwickelung der Lehre vom Lupus sowie auch dessen Behandlung und machte einige ausführlichere Bemerkungen über die Wirkung der Kochschen Lymphe. Am zuverlässigsten erscheint Verf. immer noch die chirurgische Behandlung mit dem scharfen Löffel und nachfolgender Applikation des (rotglühenden) Thermokauters. In letzter Zeit hat er auch Stichelungen mit dem Galvanokauter bei Rotglühhitze gemacht, doch sind seine Beobachtungen hierüber noch nicht abgeschlossen.

Bemerkenswert ist in Bezug auf die Klassifikation der Lupusarten die Ansicht des Verf., der L. erythematodes noch gewissermafsen neben L. vulgaris etc. einreiht.
Philippi-Nieheim.

Betrachtungen über **die Behandlung des Lupus mit Kochs Injektionen,** von Haslund. (*Hospitalstidende* 1890, No. 51.) Eine kritische Darstellung des Kochschen Heilverfahrens, nach einer Studienreise und Aufenthalt in Berlin.
E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Fälle von **Lupus, mit Kochs Tuberkulin behandelt,** von Haslund. (*Hospitalstidende* 1891, 33—37.) Verf. hat 15 Individuen, 9 Männer und 6 Weiber, mit Tuberkulininjektionen behandelt. 13 Fälle von Lupus zeigten: 3 gebessert, 3 gebessert, aber später wieder verschlimmert, 1 unverändert und 6 verschlechtert. Er hat überhaupt nur sehr trübe Erfahrungen mit diesen Versuchen geerntet und mufs ganz von dieser Methode abstehen. Ein Fall von tertiärer Lues, wo wegen falscher Diagnose Tuberkulinbehandlung durchgeführt worden war, zeigte ganz ausgesprochen lokale und universelle Reaktion, wurde aber dann mit Jodkalium geheilt. Ein Fall von Lupus erythematosus, mit Tuberkulin behandelt, zeigte dagegen keine typische Reaktion, nur Intoxikationserscheinungen. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

c. *Syphilis*

Krefting teilt im *Norsk Magazin* 1891 Nr. 7 einen Fall von tiefsitzendem **intraurethralem Schanker** mit. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Die hereditär-syphilitische Taubheit, von H. Mygind. (*Nordisk med. Arkiv* 1890 Nr. 7.) Verf. giebt eine kurze Übersicht der verhältnismäfsig spärlichen Litteratur über diese Affektion, welche zuerst im Jahre 1863 von Hutchinson beschrieben wurde. Er fügt dazu die Beschreibung von 7 neuen Fällen aus Dr. W. Meyers Ohrenklinik.

Von diesen Kranken waren drei männlichen und vier weiblichen Geschlechts, und die ersten Symptome der Ohrenkrankheit zeigten sich im Alter von resp. 4, 11, 11½, 12, 12½, 13 und 17 Jahren. In allen Fällen war parenchymatöse Keratitis den Ohrensymptomen vorausgegangen, mit einem Intervalle von 1½— 7 Jahren. In drei Fällen konnte über Syphilisinfektion nichts festgestellt werden, weder bei dem Kranken noch bei den Eltern. In einem Falle hatte der Vater Syphilis gehabt, in einen anderen hatte ein Bruder hereditäre Syphilis, und in einem dritten Falle zeigte der Kranke mehrere von denjenigen Zahnanomalien, welche die hereditäre Syphilis begleiten; einer endlich hatte allem Anscheine nach syphilitische Symptome als einjähriges Kind gehabt.

Die Taubheit erschien nur in einem Falle plötzlich, sonst aber entwickelte sie sich progressiv, doch in einer ziemlich schnellen Weise. In allen Fällen nahm die Gehörschwäche sehr bedeutende Proportionen an, aber die Taubheit wurde in den meisten Fällen nur auf der einen Seite total. Mit Ausnahme eines Falles war die Herabsetzung des Gehörs von ziemlich bedeutenden Gleichgewichtsstörungen begleitet, und bei allen fanden sich sehr ausgesprochene subjektive Geräusche. Die eingeleitete Behandlung, allgemeine wie lokale (Inunktionen, Pilocarpin, Strychnin etc.), hatte keinen Effekt.

Verf. glaubt, dafs die hereditär syphilitische Taubheit hauptsächlich durch pathologische Veränderungen des Labyrinthes bedingt wird, und dafs Mittelohrkatarrhe, welche sehr oft bei diesen Kranken gefunden werden, nur von sekundärer Bedeutung sind. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Syphilis des äufseren Ohres, von Ad. Rupp. (*Journal of cut. and genit-ur. dis.* Oktbr. 1891.) Syphilitische Erkrankungen des Integuments am äufseren Ohre kommen

sowohl ohne als auch mit Manifestationen des Leidens an anderen Stellen des Körpers nur selten vor. Verf. hat bei 28000 Patienten des New York Eye and Ear Infirmary nur 10 Mal syphilitische Affektionen des äufseren Gehörapparates konstatiert. Die Läsionen finden sich als Schanker, Roseola, Maculae, Papeln, Kondylome, Gummata, Ulcerationen und Exostosen. Ferner führt Verfasser eine von R. W. Taylor beschriebene Affektion an, welche als tuberkulöses Syphilid mit der Neigung zum Weitergreifen auftritt und auch eine auffällige Ähnlichkeit mit Ekzema impetiginosum darbieten kann. Es werden alle diese Zustände ziemlich eingehend besprochen und auch die einschlägige Litteratur ausgiebig berücksichtigt. *Philippi-Nieheim.*

Arsenik bei Syphilis, von H. Smith. (*Brit. Med. Journ.*, Dezember 5. 1891.) Bericht über einen Fall von Syphilis bei einem 30-jährigen Spahi, der auf ganz energische Behandlung mit Jodkalium nicht reagierte, dagegen auf gröfsere Dosen Arsenik bis zur Grenze der Toleranz prompt gesundete. Die Affektion hält Verf. unzweifelhaft für sekundäre Syphilis. Der Patient hatte ausgedehnte Psoriasis, Geschwüre an Händen und Füfsen, periostale Verdickungen an den Schienbeinen, osteokopische Schmerzen und chronische Ophthalmie. Bei einigen anderen Fällen hat Verfasser indessen ein umgekehrtes Verhalten beobachtet, Widerstand der Syphilis gegen Arsenik und günstige Wirkung des Hg. und KJ. *Philippi-Nieheim.*

Syphilitische Periostitis des harten Gaumens, von Dr. Abutkoff. (*Wratsch* 1891 No. 44.) Verf. teilt ein Symptom für Lues mit, welches bisher der Aufmerksamkeit, wenigstens der Lehrbücher, noch nicht gewürdigt worden ist. Er wurde durch folgenden Fall darauf gebracht. Es kam eine Patientin zu ihm mit einer Schwellung des harten Gaumens, etwa einen Finger breit hinter den Zähnen beginnend und ca. 1 cm breit und 3 cm lang sich nach hintend ziehend. Auf der Höhe derselben zwei kleine Geschwüre, eines von ihnen im Verheilen begriffen. Geringe Schmerzhaftigkeit beim Essen. Lues wird in Abrede gestellt. Keinerlei sonstige Symptome am Körper. Trotzdem Diagnose: Lues. Ordination: Jodkalium und Pinselungen mit Sublimatglycerin. Erfolg in $1^1/_2$ Monaten. Einige Zeit darauf wurde Verf. Stadtarzt und fand zu seinem Erstaunen seine frühere Patientin als inskribierte Prostituierte wieder. Es ergab sich nun, dafs sie mehrmals mit Inunktionen behandelt worden war. Die Diagnose war also auch hiernach gesichert. Ein Jahr lang stand sie unter Beobachtung; es trat vollständige Restitutio ad integrum auf; nur 2 kleine linsengrofse Knötchen waren nachgeblieben.

Von nun an beobachtete Verf. die Prostituierten auf dieses Symptom genauer und hat es unter 120 Fällen 12 mal scharf, 8 mal weniger deutlich, aber doch unzweifelhaft ausgesprochen gefunden. Er fand es nur bei notorisch infiziert gewesenen oder auf dem Übergang des condylomatösen in das gummöse Stadium befindlichen Prostituierten, niemals bei gesunden oder noch im condylomatösen Stadium stehenden. Unter den 20 Fällen war keiner älter als 35 Jahre; auch keine Novizen befanden sich unter ihnen. Die geringste Zeitdauer ihres Gewerbes betrug vier, die längste vierzehn Jahre. Auch recht viele Matronen von 50 Jahren, unter denen sich einige bereits 25jähriger Praxis erfreuten, die aber ihr Geschäft unter eigener Firma führten, hat Verf. untersucht, jedoch keinmal das erwähnte Symptom gefunden. Je jünger die Frauenzimmer waren, um so ausgeprägter war die Periostitis.

E. Kroug-Hungerburg b. Narwa.

Zur Frage über die extragenitale Infektion mit Syphilis beim Rasieren, von Nikolsky. (*Wratsch* 1891 No. 44.) Verf. giebt zu Beginn eine Übersicht über die in der Litteratur bekannten Daten über extragenitale Infektionen überhaupt, aus denen sich folgendes ergiebt. Inmitten der russischen Bauernbevölkerung betragen

die extragenitalen Infektionen bisweilen 50—90 %. In den Städten wird naturgemäfs eine so hohe Ziffer seltener beobachtet, da dabei eben die genitalen Infektionen die Überhand haben. Dr. Petersen berechnet für Petersburg für die Jahre 1878—1884 nur 1,9 % (auf 1208 Fälle recenter Lues nur 25 Fälle extragen. Inf.). Dr. Bogo-Giebow in Kronstadt hatte auf 753 Fälle 4 extragenitale Fälle, Dr. Grüdinger in Riga auf 231 drei extragenitale Fälle. Prof. Hay in Kasan beobachtete bei Männern 38 %, bei Weibern 18,4 % extragenitale Infektion. Dr. Speransky macht auf die Zunahme der extragenitalen Infektionsfälle aufmerksam. In Moskau (Miasnitzky-Hospital) fanden sich 1889 unter 712 Luetikern 4,78 % extragenital infizierte; 1890 unter 451 bereits 31 (6,87 %). Bei Frauen ergaben die Ziffern 1889 9,53 %, 1890 bereits 18,15 % (573 Fälle, darunter 104 extragenital).

Für die Landbevölkerung sprechen folgende von den Landschaftsärzten angeführte Zahlen: Im Odojewskischen Kreise 77 % (334 Fälle im ganzen). Rjägausches Gouvernement unter 2765 Fällen 74 %; im Woronestschen Gouv. 76,7 %; im Kurskschen Gouv. 85 %; im Wladimirschen Gouv. 91 %. Im Petersburger Gouvernement ergaben sich im Jahre 1889 unter 1335 Luetikern 358 (26,8 %) extragenitale Fälle, zählt man dazu 29 durch das Säugegeschäft infizierte Frauen, so ergeben sich 28,9 %. Im Jahre 1888 betrug die Ziffer 36 %. Im Lugaschen Kreise fanden sich 59,6 %. Ferner zählt V. die in der Litteratur speziell beim Rasieren infizierten Fälle auf, die er aus den verschiedenen Litteraturen zusammengetragen hat, und ergiebt sich daraus thatsächlich die Pflicht, dahin zu wirken, dafs die Barbierstuben einer behördlichen Kontrolle unterworfen werden. Schliefslich führt V. einen selbst beobachteten Fall an, der kein besonderes Interesse erweckt. Bei der polizeilichen Untersuchung ergab sich, dafs die Inhaber und Bediensteten der Barbierstube gesund waren, die Infektion also wohl jedenfalls durch ein infiziertes Rasiermesser geschehen war. *E. Kroug-Hungerburg b. Narva.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Pemphigus foliaceus malignus; Ausgang, von W. L. Munro u. G. T. Swarts. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Nov. 1891.) Im Septemberheft des Journals hatten die Verff. einen Fall von Pemphigus foliaceus bei einer 37jährigen Patientin beschrieben[1] und dabei die Erwartung ausgesprochen, dafs derselbe günstig verlaufen werde, da die Kranke sich bereits erheblich gebessert hatte. Vier Wochen nach Abfassung des Berichts ist sie indessen an Erschöpfung zu Grunde gegangen; in den letzten Wochen hatte die eigentliche Krankheit nur eine geringe Verschlimmerung gezeigt. Vielleicht mag nach Ansicht der Verff. der reichliche Gebrauch von Aristol in der letzten Zeit ungünstig gewirkt haben. *Philippi-Nieheim.*

Über eine dermatologische Epidemie von Th. Savill. (*Brit. med. Journ.* 5. Dezbr. 1891.) Vor der Medical Society of London berichtete V. am 20. Nov. über eine während der letzten 5 Monate im Hospital des Distriktes Paddington epidemisch aufgetretene Hautkrankheit. Von den 846 während dieser Zeit anwesenden Patienten wurden 163 oder beinahe 20 % befallen. Die Affektion stellte sich als eine diffuse Dermatitis dar und hatte einerseits mit einem generellen Ekzem, anderseits mit Dermatitis exfoliativa und im Anfang mit Pityriasis rubra und Röteln eine entschiedene Ähnlichkeit. Dabei war dir Störung keineswegs unbedenklich, indem bei

---

[1] *S. Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. S. 531.

12, 8% der Erkrankten der Exitus letalis unmittelbar der Hautaffektion zuzuschreiben war. Allerdings ist zu bemerken, dafs die ungünstig verlaufenden Fälle meistens alte, etwas dekrepide Männer betrafen. Therapeutisch war irgend eine günstige Beeinflussung des Leidens durch äufsere oder innere Mittel eigentlich nicht zu konstatieren. Bei einigen Fällen schienen Creolinumschläge sowie reichliche Dosen Alkoholica (Whisky) einen günstigen Einfluſs zu haben, doch war dieses durchaus nicht immer der Fall. Über das eigentliche Wesen der Krankheit gehen die Ansichten noch ziemlich auseinander. S. hält dieselbe entschieden für eine kontagiöse, parasitäre und hat nach dieser Richtung hin einige bakteriologische Versuche gemacht. Ein definitives Resultat steht aber noch aus. Ebenso ist der Modus der Übertragung des Infektionsstoffes noch gänzlich unaufgeklärt.

Bei derselben Gelegenheit berichtete Herr Lunn über die Epidemie gleicher Art, welche im Marylebone Infirmary (auch im westlichen Teil Londons gelegen) seit Mai des Jahres geherrscht hat. Er bezeichnet dieselbe als epidemisches Ekzem und bestätigt im allgemeinen die Beobachtungen von Dr. Savill. L. hat ebenfalls ganz vergeblich nach ätiologischen Momenten gefahndet. Auch bei den Nekropsien war weitere Aufklärung nicht zu erlangen.

Dr. Richards hat im Hanwell Infirmary (im Distrikt Paddington) 38 Fälle beobachtet; kein Todesfall. Therapie indifferent. R. glaubt, dafs die Affektion mit der Influenza, die zum Teil mit dem Ausbruch der Hautkrankheit zeitlich zusammenfiel, in Beziehung stehe.

Dr. Stephen Mackenzie bespricht die pathologiseh anatomischen Veränderungen und fragt, ob vielleicht eine Übertragung durch die Kleider, welche die Insassen dieser Institute wie die ersten Christen alle gemein haben, stattgefunden habe.

Dr. Crocker hat an den von ihm untersuchten Fällen nichts eigentlich Charakteristisches gefunden. Er wirft die Frage auf, ob es sich hier um eine konstitutionelle Krankheit wie die Exantheme oder um eine verallgemeinerte, lokale Krankheit handle. Beide Ansichten sind zu verteidigen. Bemerkenswert ist jedenfalls das häufige Vorkommen von Drüsenschwellungen hierbei.

Dr. Downes teilt mit, dafs die Berichte aus 120 über ganz England verstreute Siechenhäuser mit einer einzigen Ausnahme ein Freisein derselben von dieser Epidemie ergaben. *Philippi-Nieheim.*

Tylosis palmae et plantae, von H. R. Crocker. (*Brit. Journ. of Derm.* Vol. III. Nr. 6.) Im Anschluſs an zwei Fälle dieser Affektion, welche ausführlich mitgeteilt werden, bespricht Verf. mit einigen Worten die hauptsächlichsten Eigentümlichkeiten derselben, klinische Erscheinungen, pathologische Anatomie und Therapie. Letztere ist im allgemeinen wenig erfolgreich, doch kommt man mittelst heifser Umschläge nebst mechanischer Entfernung der erweichten Haut und Salicylpflaster am weitesten.

Bei dem einen der beiden Fälle, einer 56jährigen Frau, war ein starker Pemphigus nebst einer geradezu kolossalen Hyperidrosis der Entwickelung der Keratose vorangegangen, und Verf. ist geneigt die Entwicklung des Leidens auf die abnorme Schweifssekretion zurückzuführen, obgleich möglicherweise das gegen den Pemphigus gegebene Arsenik, wovon Patientin allerdings ziemlich erhebliche Dosen genommen hatte, dabei eine Rolle gespielt haben mag. Der zweite Fall war kongenital und ist namentlich dadurch interessant, dafs die Affektion sich bei fünf Generationen in der Familie des Patienten vorfand. Verf. plaidiert zum Schlufs für Beibehaltung des von Hebra eingeführten Namens Tylosis gegenüber der Bezeichnung Keratosis oder Keratoma. *Philippi Nieheim.*

Vorläufige Mitteilung über einen neuen Bacillus (B. viridans) bei Herpes labialis., von W. St. Clair Symmers. (*Brit. med. Journ.* 12. Dezbr. 1891.) Verf.

hat bei einem an Pneumonia crouposa erkrankten Knaben aus den zwei Tage alten Bläschen des labialen Herpes einen teils stäbchen-, teils fadenförmigen, chromogenen anäeroben Bacillus gewonnen und gezüchtet. Derselbe wächst auf verschiedenen Nährmedien, erzeugt aber seine (grüne) Farbe am besten bei Züchtung auf Agar-Agar mit oder ohne Glycerin, auf Gelatine, Bouillon, Milch, Kokosnufswasser etc. Der neue Mikroorganismus hat am meisten Ähnlichkeit noch mit B. virescens und B. liquefaciens fluorescens, ist aber von beiden mit Bestimmtheit zu unterscheiden.

Philippi-Nieheim.

Zur Behandlung des nässenden Ekzems, von Dr. Leven. (*Dtsch. med. Woch.* 1891. No. 48.) L. hat von Höllensteinlösungen bei denjenigen nässenden Ekzemformen gute Wirkungen konstatieren können, welche durch ihre Hartnäckigkeit jeder Therapie widerstehen. Durch den Höllenstein überhäuten sich die nässenden Stellen schnell und sicher; solche Ekzeme kommen meistens bei Kindern in den ersten Lebensmonaten vor. Dabei sollen Umschläge von 1 % Höllensteinlösung gemacht werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Kasuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut, von Dr. B. Mandelstamm. (*Berl. klin. Woch.* 1891. No. 49.) Im Verlaufe von Wochen oder Monaten bilden sich auf der Schleimhaut der Mundhöhle (die Zunge mit einbegriffen), des Rachens und auch des Larynx an verschiedenen Stellen linsen- bis pfenniggrofse und auch gröfsere, unregelmäfsig gestaltete, weifse oder weifslich-graue Auflagerungen (Epithelverdichtung und -Abhebung), die grofse Ähnlichkeit mit diphtheritischen Membranen haben, bald schnell und spurlos verschwinden, bald für längere Zeit an ein und derselben Stelle haften bleiben und zu gröfseren Membranen konfluieren; diese letzteren können nach mehr weniger längerem Bestehen sich an verschiedenen Stellen lichten und punktförmige oder gröfsere, rote, manchmal trockene, wie überfirnifste, bisweilen blutende Schleimhautsegmente hindurchscheinen lassen. Die Schleimhaut an den von den Auflagerungen freien Stellen und auch in der unmittelbaren Umgebung der Membranen braucht dabei weder besonders hyperämisch noch infiltriert zu sein und ist meistenteils dem Anscheine nach fast normal, höchstens etwas ödematös; aufserhalb der Auflagerungen aber, entweder bei spontaner Lockerung oder bei künstlicher Entfernung derselben erweist sie sich blutend, uneben, sogar granulierend. Während der ganzen Eruptionszeit dieser Auflagerungen ist keine Temperaturerhöhung zu beobachten und das Allgemeinbefinden nur insofern alteriert, als Schluckbeschwerden bestehen. Aufserdem zeigt sich abundanter Speichelflufs und widriger Foetor ex ore. Das ganze Leiden widersteht selbst monatelang hartnäckig einer jeglichen Behandlung. Schon aus diesen Symptomen mufs man, auch ohne Blasenbildung, die Diagnose auf Pemphigus stellen.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Ätiologie der Ekzeme, von L. Brocq. (*Semaine méd.* 1891. No. 58.) In dieser Abhandlung verteidigt der V. seinen bekannten diathetisch-konstitutionellen Standpunkt, ohne dabei soweit gehen zu wollen, wie Bazin und Hardy (Herpetismus und Arthritismus). Er glaubt übrigens eine Stütze für seine Theorie zu finden in Arbeiten von Unna, Auspitz, zum Teil auch von Neisser und konstatiert einen bedeutenden Ideenumschwung, der sich seit Hebra im deutschen dermatologischen Lager zu seinen Gunsten ausgebildet habe. Bevor man jedoch Behauptungen aufstellen könne, müsse der Begriff „Ekzem" genau präcisiert werden. Vor allem wünscht B. aus der Gruppe der Ekzeme ausgeschieden zu wissen: 1. die artificiellen Dermatitiden; 2. die Impetigo, 3. die Dyshidrosis, 4. den Lichen simplex chronic. (Eczema papulosum der deutschen Autoren).

Zwei Haupttheorien stehen sich augenblicklich gegenüber. Für die eine, wonach

das Ekzem einzig und allein den Ausdruck eines Allgemeinzustandes vorstellt, sprechen folgende wichtige Thatsachen:

1. Auftreten von Exanthemen nach Verabreichung gewisser interner Medikamente.
2. Alternieren visceraler Erscheinungen (Bronchitis, Asthma, Neuralgien etc.) mit Ekzemausbrüchen.
3. Auftreten von Ekzem nach psychischem Choc.
4. Heredität.
5. Heilungen von Ekzemen durch ausschliefsliche innere Behandlung.

Die andere, in Deutschland meist vertretene Ansicht, dafs die Ekzeme rein lokale Erscheinungen seien, stützt sich auf die Beobachtungen, dafs Ekzeme durch äufserliche Behandlung allein sehr oft rasch weichen, sowie dafs einige derselben (das Eczema seborrhoicum z. B.) bei ihrer centrifugalen Verbreitung einen offenbar parasitären, also externen Charakter tragen.

Hiergegen läfst sich nun einwenden, dafs andrerseits zahlreiche Ekzeme jeder externen Behandlung mit der äufsersten Hartnäckigkeit trotzen; dafs auch das seborrhoische Ekzem nicht immer einen centrifugalen Charakter zeigt, sondern sehr oft generalisiert auftritt; ferner dafs, was die parasitäre Theorie anbelangt, bisher weder mikroskopisch noch bakteriologisch ein specifischer Mikroorganismus nachgewiesen werden konnte.

Summa summarum bleibt es der Zukunft vorbehalten, die wichtige Frage über die Natur des Ekzems definitiv zu entscheiden. *C. Müller-Basel.*

b. *der Cutis.*

Über Behandlung der Akne, von E. Herzfeld. (*Der ärztl. Praktiker.* 1891. No. 49.) Gegen die tiefgelegenen Aknepusteln empfiehlt V. die mechanische Auspressung (beim Aufzählen der verschiedenen Instrumente vermissen wir den Unna-schen Komedonenquetscher, welcher gewifs der praktischste und am leichtesten zu handhaben ist); die oberflächlichen zahlreichen disseminierten Komedonen werden mit einer Resorcin- oder Naphthol-Schälpasta à la Lassar behandelt, oder bei empfindlichen Personen Waschungen mit Schwefelseife oder Kummerfieldschem Waschwasser[1] oder auch beides zusammen verordnet.

Die Pusteln (als Sekundärinfektion durch Staphylokokken aufgefafst) werden geöffnet, event. ausgekratzt und antiseptisch behandelt, täglich 1 mal mit ½ % Sublimatspiritus oder Creolinwasser das Gesicht betupft; die tiefliegenden Abscesse müssen nötigenfalls noch mit Kalilauge, Chlorzink oder konzentrierter Karbolsäure geätzt werden.

Bei Reizung der Haut durch obige Therapie werden Bleiwasser- oder Creolinwasserumschläge appliziert.

Bezüglich der Allgemeinbehandlung empfehlen sich bei anämischen Individuen neben Aufenthalt in frischer Luft Bewegung, gute Kost, regelmäfsiger Stuhlgang, tägliche kalte Abreibungen oder Waschungen; bei Chlorose Eisenpräparate.

Von den Kohabitationen ist jungen Leuten abzuraten, da dieselbe keinen Einfluſs auf die Akne hat. Auch Abführmittel chronisch verabreicht sind wertlos, da die Akne nichts mit einer „Schärfe des Blutes" zu thun hat. Die Dilatatio ventriculi läfst V. ätiologisch nicht gelten. (Wir glauben, wenn V. selbst seine Aknepatienten daraufhin untersucht hätte, würde er anderer Meinung werden. Ref.)

P. Taenzer-Bremen.

[1] *Camphor trit.*
Gummi arabicum 1,5
Sulf. praecip. 7,0
Aq. calcis 40,0
M.

Über Akne indurata, von J. D. Hillis. (*Med. Press.* 11./6. 1891.) Viel neues erfahren wir vom V. nicht. Er schliefst sich der bis vor kurzem üblichen Einteilung in Akne vulgaris, Akne indurata und Akne rosacea an, bringt die Krankheit in ätiologische Beziehung mit Störungen des Magens, Uterus oder der Leber und behandelt die schwere Form (A. indurata) mit reizloser Diät und Abführmitteln. Lokal werden heifse abendliche und morgendliche Bäder mit nachfolgender Einreibung von

Sulfur jodat.	0,6
Lanolini pur.	30,0
M. ungt.	

verordnet. Die Pusteln werden mit Hydrargyr. binitric. behandelt. *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Behandlung des Erysipels, von Dr. Sachs. (*Therap. Monatsh.* 1891. No. 12.) Verf. hat in 4 Fällen mit starker Bepinselung von 10 % Ichthyolkollodium sehr günstige Erfolge beobachtet und empfiehlt solches zu weiteren Versuchen.
L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Rhinophym. Operation, von A. H. Ohmann-Dumesnil (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* November 1891.) (2 Abbild.) Bei einem 72jährigen Restaurateur hatte sich eine fast faustgrofse Hypertrophie der Nase entwickelt, wodurch sogar Kompression der Nasenlöcher und somit Unfähigkeit in der normalen Weise zu atmen bedingt wurde. Abtragung der hypertrophischen Teile mit dem Messer, Adaption und Naht der entstehenden Lappen, Jodoformkollodiumverband, Heilung. Der Erfolg in kosmetischer Beziehung sehr erfreulich. Verf. bespricht die pathologische Anatomie der Affektion nach den Beobachtungen von H. Hebra, Piffard etc. Auch bei O. D.'s Fall bestand der Prozefs hauptsächlich in der Entwickelung eines dichten Bindegewebes, das verstreute, kleine, rundliche Zellen enthielt; hier und dort fanden sich Retentionscysten, aus den Talgdrüsen hervorgegangen. Als Eigentümlichkeit wird das Vorhandensein ziemlich erheblicher, disseminierter Fettmassen, vielleicht von subkutanem Fettgewebe herrührend, beschrieben. *Philippi-Nieheim.*

Pemphigus vegetans, von Haslund. (*Hospitalstidende* 1891, 5 und 6.) Ein Fall von P. v. (Neumann) bezieht sich auf eine 67jährige Näherin, die nach einer unbedeutenden Verletzung des Fingers eine typische Affektion mit schweren Symptomen der Haut und Schleimhaut bekam, die nach 5 Monaten zum Tode führte.
E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein Beitrag zur Lehre von den Lymphosarkomen, von Dreschfeld (*Dtsch. med. Woch.* 1891. Nr. 42.) Verf. bespricht die Stellung der leukämischen Lymphome, der einfach hyperplastischen Lymphome und der Lymphosarkome zu einander und ihre Beziehungen zu anderen Erkrankungen.

Die letzteren zunächst scheidet er nach ihrem Sitz in solche, die 1. in den Halsdrüsen, 2. in den mediastinalen und 3. in den retroperitonealen und mesenterialen Drüsen entstehen. Auch rechnet er hierher das Myelom (L-sarkom des Knochenmarks), während Mycosis fungoides nicht dazu gehört. Das sogenannte maligne Lymphom läfst sich wohl klinisch, aber nicht histologisch davon trennen. Ätiologisch nimmt er Irritationszustände an, die auf einem infektiösen Stoff beruhen. Die einfachen Hyperplasien sind zu den chronischen Entzündungen zu zählen. Unter Pseudoleukämie wird vieles zusammengefafst, was nicht dazu gehört. Ihre Symptome sind: Anschwellung sämtlicher Drüsen und der Milz, hochgradige Anaemie, keine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen oder der eosinophilen Zellen; sie beruht wahrscheinlich

auch auf Infektion, steht der Leukaemie nahe, geht aber nicht in letztere über. Die gelegentliche Vermehrung der Leukocyten beruht auf einer Überschwemmung des Blutes mit Zellen aus den erkrankten lymphatischen Apparaten.

F. Hahn-Bremen.

Über Einschlüsse im Epithel der Carcinome, von Ribbert (*Dtsch. med. Woch.* 1891. Nr. 42.) Verf. hat die auch von anderen beschriebenen Einschlüsse genauer studiert, und findet keine Anhaltspunkte für die Annahme einer parasitären Natur derselben. Vielmehr hält er sie für umgewandelte, degenerierte Epithelzellen. vielleicht degeneriert infolge mangelhafter Ernährung. Er nimmt an, dafs eine Zelle von einer anderen eingeschachtelt wird; ihr Protoplasma verdichtet sich dann, nimmt an Volumen ab, die Zelle erscheint also in einer Vakuole liegend, und wird schliefslich vollkommen homogen und hyalin. In einem Blasenkrebse fand R. in grofsen Zellen 6 bis 12 dichtgedrängte, runde oder gegeneinander abgeplattete Hohlräume, die je ein kleines, rundes Körperchen enthielten, und da er Übergangsformen von ersterer Form der Einschlüsse an dieser fand, so hält er sie für veränderte Kerne, wobei die Vakuolen entweder durch Schrumpfung des Kerns oder durch blasige Auftreibung desselben entstanden sind; die einzelnen Körperchen entsprächen dann den Nucleolen. Endlich fand er zahlreiche unvollkommene Mitosen; doch stellt R. den Vorgang der asymmetrischen Zellteilung nicht in Analogie mit der Ausstofsung des Richtungskörperchens aus dem Ei.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Pseudoleukämie mit multiplen Haut-, Schleimhaut- und Muskeltumoren, von Arning. (*Dtsch. med. Woch.* 1891 No. 51.) Bei einer vierzehnjährigen Patientin zeigte sich an der Nasenspitze, an den Rändern der Nasenflügel und des Septums eine derbe schmerzlose Geschwulst von wachsartiger Transparenz mit Vaskularisation der einzelnen Papeln. Ein kleiner Tumor war am linken obern Augenlid, ebensolche Knötchen an der Schleimhautgrenze der Unterlippe rechts, ebenso je eines auf der Mitte des harten Gaumens, jederseits 2 mm von der Mittellinie entfernt und weiter eine ganze Gruppe um die Basis der Uvula. Bei allen war die Härte, Schmerzlosigkeit und der Mangel an Entzündungsreiz der Umgebung auffallend. Neben diesen oberflächlich gelegenen Knötchen fanden sich aber im Gesicht, am Halse und an den oberen Extremitäten anscheinend subkutane Tumoren von fibröser Konsistenz und wechselnder Gröfse. Rumpf und Unterextremitäten waren frei. Dabei bestand beschleunigte Herzthätigkeit mit schweren Anfällen schmerzhafter Palpitation und ein systolisches Geräusch bei accentuiertem 2. Pulmonalton. Puls selbst bei ruhiger Bettlage 110—130. Urin enthielt Spuren von Eiweifs, war aber frei von Nierenepithelien und Harncylindern, doch fanden sich vereinzelte weifse Blutkörper. Die Tumoren wuchsen trotz aller angewandten Behandlungsmethoden (Tuberkulin, antisyphilitische Behandlung etc.), wozu sich dann auch Milztumor von enormem Umfange gesellte. Lymphdrüsenschwellungen bestanden nicht. Wiederholte Blutuntersuchungen ergaben normalen Befund. Eine energische Arseniktherapie brachte einen auffallend günstigen Erfolg. Exstirpationen von Tumoren führten zur Diagnose der Pseudoleukämie.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Pseudoleukaemia cutis, von Max Josfph. Ein 31jähriger Maschinenputzer bemerkte im Juli 1890 eine Geschwulst am linken Unterkiefer, zu der sich bald Blutungen aus dem entsprechenden oberen Molarzahne gesellten. Später trat auch Schwellung der rechten Unterkiefer- und Halsgegend mit Speichelfluſs auf. Nach einer Tuberkulininjektion bemerkte der Patient eine Masse kleiner tief im Corium sitzender Geschwülstchen, welche teilweise über die normale Haut ragten. Ihre Gröfse war die einer Erbse bis zu der einer Wallnufs; die Epidermis darüber

war normal. Die kleineren Tumoren saſsen nur am Halse und der oberen Brustgegend. Dagegen fanden sich in beiden Achselhöhlen starke Drüsenpackete. Haut sehr blaſs. Die Blutuntersuchung ergab normalen Befund.

Die Sektion ergab: Lymphosarkoma glandularum cervic., metastaticum bronchial. et mediastinal., cutaneum et pleurae et parietalis venae jugularis. Hyperplasia follicularum lienis etc.

S. untersuchte die Hautknötchen, die nach der Methode von Benda vorbereitet waren, mikroskopisch und fand, daſs die Epidermis und oberen Schichten des Coriums normal waren; die Tumoren lagen im unteren Teil des Coriums resp. im Unterhautzellgewebe, sind, bei starker Vergröſserung betrachtet, nicht scharf abgegrenzt, sondern einzelne Zellstränge der Geschwulstmasse verlieren sich in dem Bindegewebe der Umgebung.

Die Geschwulstzellen sind regelmäſsig, rundlich und spindelförmig mit spärlichem Protoplasma, ihre Kerne bläschenförmig mit deutlichen Kernkörperchen. Keine Mitosen. Im Centrum der Geschwulst sind die Zellen zu deutlichen Strängen und Nestern angeordnet. Zellinfiltration in dem die Schweiſsdrüsen trennenden Bindegewebe.

Dieser Fall von Pseudoleukämie unterscheidet sich von dem ersten Falle Josephs durch das Fehlen der Prurigo. V. schluſsfolgert, daſs im Gefolge der Pseudoleukämie auf der Haut zur Geltung kommen können: erstens eine metastatische Ablagerung von analogen Tumoren in die Cutis und zweitens eine Hauterscheinung, welche sich von der Prurigo durch einige wesentliche Merkmale unterscheidet.

P. Taenzer-Bremen.

Regressive Ernährungsstörungen.

Favus am Gesicht, von Rossi. (*Rif. Med.* 13. Okt. 1891.) Bei einem sonst gesunden 7jährigen Knaben fand sich auf der rechten Wange eine kleine, krustenbedeckte Stelle, die als Ekzem diagnostiziert worden war. Aus dem Prominieren der Kruste (2 mm) über das übrige Niveau der Haut und der Tenacität, mit welcher dieselbe auf der Unterlage haftete, schöpfte R. die Vermutung, daſs es sich hier um Favus handle; was denn auch durch den mikroskopischen Nachweis von Konidien und Mycelien des Achorion Schönleinii bestätigt wurde. Heilung erfolgte schnell. Verf. nimmt an, daſs auſser vielleicht auf der Kopfhaut der Pilz nur dann auf der Epidermis sich festsetzen und in die Haarfollikel eindringen kann, wenn zuvor eine kleine Verletzung der Hautdecke irgend welcher Art stattgefunden hat.

Philippi-Nieheim.

Kristian Grön hat im *Norsk Magazin for Laegevidenskab* 1891 Nr. 6 einen Fall von **diffuser idiopathischer Hautatrophie** bei einem 47jährigen Steuermann publiziert. Der Fall stimmt mit denen von Büchwald, Touton und Pospelow beschriebenen Fällen in ganzen überein. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Die Behandlung der Alopecia areata von P. A. Morrow. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Okt. 1891.) Bericht über sieben erfolgreich behandelte Fälle von Alopecia areata nebst einer Besprechung auch der sonst üblichen Behandlungsmethoden Verf. ist von der parasitären Ätiologie der meisten Fälle dieses Leidens fest überzeugt, doch bedient er sich dabei für therapeutische Zwecke (wie auch Besnier) keiner eigentlich keimtötenden Mittel. In manchen Fällen sind tonisierende Mittel (Eisen, Chinin, Leberthran, Phosphor, Strychnin etc.) indiziert. Die Haare in der nächsten Umgebung der kahlen Stelle werden kurz abgeschnitten, und die erkrankten durch einen leisen Zug mit der Pincette extrahiert. Kann man annehmen, daſs der Parasit

noch nicht tief in die Haut eingedrungen ist, so empfiehlt sich Chrysarobin 8—10% mit oder ohne Salicylsäure (2—5%) in Traumaticin oder als Salbe. Bei leichteren Fällen genügt es dieses Mittel alle paar Tage bis zur Erzeugung einer gelinden Rötung aufzutragen. Bei hochgradigeren Fällen verwendet M. mit Vorliebe eine Mischung von Essigsäure mit Chloroform oder Äther zu gleichen Teilen bis zur Erzeugung einer Färbung etwa wie Argent. nitric. im weifsen Zustand; die Konzentration kann vorteilhaft je nach den Fällen variiert werden. Auch die von Besnier verwendete Formel: Chloral. hydrat. 5,0, Aether. offic. 25,0, Acid. acet. cryst. 1—5,0 ist empfehlenswert. Diese Mittel werden vom Arzte selbst aufgetragen. Der Patient wird angewiesen seinen Kopf täglich mit folgender Mischung fünf Minuten lang zu bearbeiten: R. Ol. eucalypti, Ol. terebinth. aa 15,0 Petrolei crud., Spirit. vin. ca. 30,0. Daneben mindestens einmal die Woche gründliches Waschen mit Sapo viridis.

Vor allem ist es wichtig bei jedem einzelnen Falle individualisierend zu Werk zu gehen. Weiterer Details wegen mufs aufs Original verwiesen werden.

Philippi Nieheim.

Dermatitis haemostatica von Hermann G. Klotz. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Okt. 1891.) Die allbekannte, weitverbreitete Affektion, die von Laien als „offenes Bein" bezeichnet wird, entbehrt nach Abschaffung der Rubrik „Ulcus cruris" der Klassifizierung. Die Anfangsstadien dieses Vorgangs sind weniger genau bekannt, da die subjektiven Beschwerden meist geringe sind und die Kranken in Folge dessen ärztliche Hülfe erst später nachsuchen. Von manchen Autoren wird das Leiden zum Kapitel „Ekzem" zugerechnet, was aber entschieden unrichtig ist, da das E. seinem Wesen nach eine Erkrankung der oberflächlichsten Hautschichten ist und nicht auf die tieferen Lagen übergreift. Die Bezeichnung Dermatitis haemostatica hingegen deckt sich sowohl mit der Ätiologie als auch mit der pathologischen Anatomie und den klinischen Erscheinungen der Störung. Es handelt sich hier eben um eine durch anhaltende Blutstauung bedingte Entzündung der Haut, meistens verbunden mit Pigmentierung und Atrophie derselben, wobei allerdings Ekzeme eine häufige Komplikation bilden. Im weiteren Verlaufe tritt dann auch Nekrotisierung und Geschwürsbildung an den befallenen Teilen ein. — Man mufs zugeben, dafs Verf. die Einführung dieses neuen Namens mit sehr triftigen Beweisen begründet. *Philippi-Nieheim.*

In der Gesellschaft der Ärzte der Warschauer Militärhospitals (*Wratsch* No. 48. 1891.) spricht Dr. Strelzoff über die von Peroni empfohlene **Behandlung des Favus** mit 5% Acid. acetic. Er hat, da die wässrige Lösung den Erwartungen nicht entsprach, eine 10% spirituöse Lösung als Spray angewandt, hat aber, abgesehen von der Reinigung der Kopfhaut von den Borken, keine guten Erfolge gesehen. In den Wurzelscheiden der Haare fanden sich immer wieder die Achorionelemente. Redner glaubt daher, dafs ohne Epilation die Methode keine Verbesserung bedeute.

Ferner führt Str. einen Fall von **Lepra** vor. Der Kranke, Leibhusar, gebürtig aus Kurland, hat über 7 Jahre im Kaukasus und Astrachan gedient. Er weist nicht zerfallene knotige Neubildungen auf den verschiedensten Körperstellen auf zugleich mit Anaesthesie am rechten Oberarm. Eine energische antiluetische Behandlung blieb ohne Erfolg. Eine schliefsliche mikroskopische Untersuchung ergab massenhafte Leprabacillen.

Es wurde nun die Frage aufgeworfen, ob der Patient als dienstuntauglich entlassen, oder aber, wenn in das Hospital zur Behandlung aufgenommen, ob er isoliert werden solle. Die Fragen werden dahin beantwortet, dafs zuerst alle bekannten Mittel zur Heilung (?) angewandt werden müfsten, da von Unna, Lutz, Dreckmann, Sandretzky vollkommene (? Ref.) Heilungen mitgeteilt worden seien. Analog den Kliniken in

Dorpat und Petersburg wurde beschlossen, den Kranken nicht ganz zu isolieren; er wurde der syphilitischen Abteilung zugewiesen. *Kroug-Hungerburg b. Narwa.*

Zwei geheilte Fälle von Alopecia areata von Dr. Lassar. (*Berl. klin. Woch.* 1891 Nr. 50.) In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 4. Nov. 1891 stellte L. 2 Fälle von Alopecie vor, welche nach einer antiparasitären, sehr streng durchgeführten Therapie wieder in den Vollbesitz ihrer Haare gelangten.

L. Hoffmann-Berlin.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Rolle des Compressor partis membranaceae gegenüber der Urethritis acuta anterior und posterior, von H. Feleki. (*Int. Centralbl. f. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg.* Bd. III. Heft 4.) Finger hatte sich (dasselbe Blatt, Heft 3) gegen die ihm von Feleki in einem früheren Artikel zugeschobene Ansicht gewehrt, dafs er Anhänger jener Theorie sei, nach welcher der Compr. urethr. den Übertritt der Gonorrhoe auf die pars post. verhindern könne; nun weist Feleki ihm die Stellen aus seinen und Antals Schriften nach, aus denen er diese Ansicht gewonnen hat; zugleich wendet er sich gegen die neue Hypothese Fingers, dafs die Armut der pars membr. an Follikeln und Lakunen den gonorrhoischen Prozefs zum Stillstand an der pars membr. bringe, damit, dafs die meisten Blennorrhoen die pars posterior mit zu ergreifen pflegten. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Hypertrophie des Penis und Scrotum von W. G. Smith. (*Brit. Journ. of Derm.* Vol. III. Nr. 32.) Bei einem 68jährigen, sehr anämischen und durch Abusus spirituosorum herabgekommenen Manne hatte sich seit 2½ Jahren allmählich eine Anschwellung des Penis und Scrotum eingestellt. Als der Kranke im Spital aufgenommen wurde, war das Scrotum sehr schwer und hatte eine Länge von 22 cm bei einer Breite von 23 cm. Die Haut war blafs, runzelig und ödematös, und trug wie auch die Umgebung des Anus mehrere unregelmäfsige rundliche Erhebungen. Die Vorhaut war verbogen, verdreht, dabei knorpelig hart und mit fibrösen Knollen von blumenkohlartigem Aussehen kranzförmig besetzt: ein Streifen ähnlicher Knoten zog sich auf der unteren Seite des Penis hin. Der Fall ist als eine lymphatische, nicht-entzündliche, fibröse Elephantiasis aufzufassen. Einige interessante Bemerkungen zu diesem Fall mögen im Original nachgesehen werden. *Philippi-Nieheim.*

Entzündliche Verengerung der Uretheren von F. S. Watson. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Nov. 1891.) Ein Verschlufs der Uretheren infolge von entzündlicher Schwellung ihrer Wandung ist ein seltenes Vorkomnis. Verf. hat in der Litteratur nur 4 Fälle verzeichnet gefunden. Dieselben sind von Galliard, Ayboles und Farlow und einer in *St. George's Hospital Reports* beschrieben worden. W. beschreibt zwei derartige Fälle; der eine, schon früher veröffentlicht, betraf einen 21jährigen Studenten, der ein Jahr zuvor eine Gonorrhoe durchgemacht hatte, von der er aber, wie es scheint, vollständig geheilt worden war. Nach einer Erkältung trat eine ziemlich rasch zunehmende Urinverhaltung ein; nach drei Tagen wurde ein grofser Tumor in der Gegend der linken Niere konstatiert. Auf Aspiration entleerte derselbe Urin; wenige Tage nach Anfang der Erkrankung wurde die Nephrotomie ausgeführt und viel Urin entleert. Tod 48 Stunden später in urämischem Koma. Bei der Autopsie fanden sich ausgedehnte, hydronephrotische Veränderungen an beiden Nieren und bindegewebige Verdickung und hochgradige Verengerung beider Uretheren. — Der zweite Kranke, 38 Jahre alt, hatte seit acht bis zehn Jahren Symptome von Cystitis und Nephrolithiasis dargeboten, hatte auch zwei erbsengrofse Steinchen mit dem Urin

entleert. Wegen hochgradiger Beschwerden Cystotomie, welche anfangs eine Besserung herbeigeführt zu haben schien, indessen starb Patient 11 Tage p. o. Bei der Autopsie fanden sich in beiden Uretheren ausgedehnte entzündliche, bindegewebige Ablagerungen, welche einen fast vollständigen Verschluſs derselben bedingten.

Philippi Nieheim.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Gegen die **Erektionen beim Tripper** liefert das *Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 578. folgendes Recept:

Camphor.	2,0
Extr. Opii	0,2

f. pill. No. XX. S. Abends innerhalb einer Stunde 4 Pillen z. n.

Türkheim-Hamburg.

Einige Bemerkungen über die Diagnose der Gonorrhoe beim Manne. Nr. II. von S. Alexander. (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Okt. 1891.) Verf. bespricht in dieser zweiten Nummer seiner Aufsätze über die Diagnose der Gonorrhoe den Wert der Urethroskopie, welche von einigen unterschätzt, von anderen allzusehr gepriesen werde. Dabei giebt er mehrere für den Anfänger höchst wertvolle Winke über die Handhabung des Instrumentes, über die Beschaffenheit der gesunden und der kranken Urethralschleimhaut u. s. w.; doch sind diese Auseinandersetzungen für ein Referat nicht ganz geeignet. *Philippi-Nieheim.*

Reinzüchtung des Gonococcus Neisser mittelst des Plattenverfahrens, von Dr. E. Wertheim. (*Dtsch. med. Woch.* 1891 Nr. 50. Mehrere Ösen Trippereiters wurden in flüssigem menschlichem Blutserum (aus Placenten nach Angabe von Bumm gewonnen) sorgfältig verteilt, und davon 2 Verdünnungen in der bekannten Weise angelegt. Die Röhrchen wurden sofort nach der Beschickung in ein Wasserbad von 40° C. gestellt und ihr Inhalt darauf mit ca. gleichen Mengen verflüssigten und in demselben Wasserbade auf 40° abgekühlten Agars (2% Agar, 1% Pepton, 0,5% Na Cl) gut gemischt und zu Platten ausgegossen. Diese wurden in die feuchte Kammer gebracht und in den auf 36—37° C. regulierten Brutofen gestellt. Schon nach 27 Stunden ist die Platte O diffus getrübt und auf der Platte I und II sind distinkte mit freiem Auge sichtbare Kolonien angegangen. Auf der Platte II haben dieselben schon jetzt die zum Abimpfen genügende Gröſse erreicht. Im Laufe der nächsten Tage vergröſsern sich die Kolonien noch bedeutend. Wenn man von diesen Kolonien der Platten abimpft, so erhält man schon nach 48 Stunden in allen ihren Merkmalen, sowohl makro- als mikroskopisch mit den nach Bumms Methode durch direktes Auftragen von Trippereiter auf koaguliertes menschliches Serum erzeugten übereinstimmende Reinkulturen. Von diesen Reinkulturen wurde fünfmal die Übertragung auf die gesunde männliche Harnröhre von Paralytikern vorgenommen und zwar jedesmal mit positivem Erfolge. Bei der Abimpfung von den Platten auf koaguliertes menschliches Blutserum blieben die Röhrchen sehr häufig steril, doch wurde auch hier eine Mischung von 1 Teil Serum und 2—3 Teile des Fleischwasserpepton-Agars ein vorzüglicher Boden für den Gonococcus Neisser. *L. Hoffmann-Berlin.*

Besprechungen.

Atlas der Cystoskopie, von Emil Burckhardt, Privatdocenten der Chirurgie in Basel. Mit 12 Tafeln in Farbendruck. (Basel. 1891. Benno Schwabe. Preis M. 12.) Der vorliegende Atlas beweist wiederum recht deutlich, dafs die bildlichen und unter diesen die in Buntdruck ausgeführten, Darstellungen der Veränderungen des Organismus ein viel schnelleres und sich viel leichter und tiefer einprägendes Bild zu geben vermögen, als es je ein Lehrbuch, selbst des tüchtigsten Meisters mit noch so viel Worten zu leisten imstande wäre. Leider bleibt dieser ideale Zweck der Atlanten eine Illusion für viele, denn der hohe Preis derselben gestattet es meist nur den besser situierten Kollegen, sich in den Besitz solcher Kunstwerke zu setzen. Mit dem vorliegenden Werke dürfte aber auch den weniger Bemittelten das Vergnügen, sich ein solches Prachtwerk anzuschaffen, erfüllt werden, da der Preis verhältnismäfsig ein sehr geringer ist.

Was den Inhalt des Atlas betrifft, so zeigt uns der V. erst die normale Blasenschleimhaut und die Uretherenmündungen, dann kommt die durch Urethrocystitis veränderte Schleimhaut, die Prostatahypertrophie nebst Komplikationen, die Tuberkulose in ihren verschiedenen Wandlungen, die Tumoren der Blase, Konkremente und Fremdkörper. Zum Schlufs kommen die Verletzungen und Fisteln und der durch Pyelitis getrübte aus den Uretheren träufelnde Harn. Eine kurze Beschreibung nebst Minimalkrankengeschichte ist jedem Bilde beigefügt.

Die Ausführung der Bilder ist im allgemeinen eine vorzügliche; nur für einzelne wenige derselben würden wir etwas weniger Schematismus für vorteilhafter halten. Die Ausstattung von Seiten des Verlegers verdient volles Lob.

Jedem Chirurgen und Cystoskopiker ist das Werk unentbehrlich; weiterer Worte der Empfehlung bedarf dasselbe nicht, denn es empfiehlt sich durch sich selbst.

P. Taenzer-Bremen.

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von E. Finger. 2. Auflage. (Leipzig und Wien. Franz Deuticke.) Von Fingers vortrefflichem Werk ist nunmehr die zweite Auflage erschienen, die zwar keine wesentliche Umarbeitung der ersten darstellt, aber dieselbe durch die zahlreichen seit 1888 erschienenen Specialarbeiten ergänzt; auch sind manche zu kurz gehaltene Kapitel, speciell die Blennorrhoe beim Weibe, erweitert. Einzelheiten anzuführen, halten wir nicht für angebracht, da man gleich den ganzen Inhalt referieren müfste, um einen Überblick über das klar und angenehm zu lesende Werk zu geben. Jedenfalls empfehlen wir die Lektüre jedem gern; auch der, welcher nicht in allem die Ansichten des Verf. teilt, wird es mit Vergnügen lesen, zumal es zum gröfsten Teil auf den eignen, in grofser Praxis gesammelten Erfahrungen des Verf. basiert. Hervorheben wollen wir noch, dafs ein grofses Gewicht auf die Therapie gelegt ist. Zahlreiche Holzschnitte und lithographische Tafeln sind zur Erläuterung des Gesagten beigegeben.

F. Hahn-Bremen.

Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten, von H. v. Hebra. II. Teil. (*Klin. Zeit- u. Streitfr.*, V. Band, 7 und 8 Heft. Wien. Wilhelm Braumüller.) In dieser Broschüre bespricht Verf. die Ekzembehandlung, zunächst kurz die des akuten Ekzems: Salicylsäure (als Puder, Spray) Resorcin und Cocain werden besonders hervorgehoben. Zum chronischen Ekzem übergehend, beginnt er mit dem der Kinder

und bespricht dann die Ätiologie des Ekzems bei Erwachsenen. Bei der Lokalbehandlung desselben ist vor allem das Bestreben betont, eine Salbenbase zu finden, die nicht reizt: alle anzuführen, überschreitet den Raum des Referats, und müssen wir daher auf das Original verweisen. Vaselin, Lanolin, Pasten, Seifen werden aufgezählt, und ihre jeweiligen Vorzüge hervorgehoben. Statt der Unnaschen Salben- und Pflastermulle wendet Verf. ein von ihm angegebenes „Collemplastrum" an, das verschiedene Vorzüge besitzen soll. Dann werden die Leime (Glycerinleime) und das schnell beliebt gewordene Linimentum exsiccans erwähnt. Endlich erfahren die feuchten (Dunst-) Umschläge gerechte Würdigung, wobei Verf. Resorcin liebt. Übergehend zu den einzelnen Lokalisationen der Ekzeme werden die jeweilig geeigneten Applikationsarten der verschiedenen Mittel besprochen. Den Schlufs bilden einige kurze Bemerkungen über interne Therapie. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Syhilis, von A. Elsenberg (*Wiener Klinik,* 1891. Heft 8 u. 9.) Verf. beginnt mit der Frage nach der Heilbarkeit der Syphilis, die er für erwiesen hält, doch betrachtet er die Reinfektion nicht als unanfechtbaren Beweis für die erfolgte Heilung. Sodann wird uns ein anschauliches Bild von dem derzeitigen Heilplan nach den verschiedenen Stadien und Autoren in umfassender und unparteiischer Weise entworfen. Die Ansichten des Verf. weichen in etwas von den bei uns herrschenden ab. Es beginnt z. B. die Allgemeinbehandlung gleich beim Auftreten des Primäraffekts, bzw. der Drüsenschwellung, in konsequenter Verfolgung der Ansicht, dafs der Primäraffekt bereits Ausdruck der stattgehabten Allgemeininfektion ist. Der Excision mifst er sehr geringen Wert bei, auch was Milderung des Verlaufs der Lues betrifft. Verf. schätzt die Inunktionskur als die beste, innere Darreichung und Injektion von löslichen Salzen verwirft er, oder weist diesen Methoden nur ganz untergeordnete Wirksamkeit an. Von unlöslichen Salzen kommen Calomel und Hg. salicyl. in Betracht, doch warnt er vor den Gefahren, die diese Kuren bieten. Das Jod beseitigt nur die Erscheinungen, heilt nicht die Diathese, und ist daher mit Hg. zusammen zu brauchen. Nach der Kur beschleunigt es die Ausscheidung des Hg. und macht den Körper wieder empfänglicher für neue Quecksilberkuren. Die Bäder (Schwefel und Soole) haben während der manifesten Periode gar keinen Zweck, nach vollendeter Kur sind sie sehr nützlich zur Hebung des darniederliegenden Stoffwechsels. Im Speciellen ist Verf. strenger Anhänger der chronischen Behandlung der Syphilis nach dem Muster Fourniers oder Rollets. Das ist in grofsen Zügen der Inhalt der lesenswerten Broschüre.

F. Hahn-Bremen.

Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, Wesen, Behandlung und Schutz vor denselben, von Dr. Neuhaus (München 1891, C. Merhoffs Verlag.) Ein höchst ominöser Titel, und doch, wenn man das Büchlein einmal betrachtet, mufs man die Absicht des Verf. billigen und ihr Erfolg wünschen, da er in gemeinverständlicher und verständiger Weise die Geschlechtskrankheiten dem Publikum vor Augen führt, ihm deren Gefahren klar macht, ohne die Leute durch Übertreibung derselben in Angst und Schrecken zu setzen und ohne durch mifszuverstehende Vorschläge zur Behandlung (die Therapie ist nur im allgemeinen angedeutet, und stets auf das individualisierende Eingreifen des Arztes hingewiesen) der Neigung zum Selbstkurieren und Verschleppen Vorschub zu leisten. Jedem Gebildeten als Lektüre zu empfehlen.

F. Hahn-Bremen.

Die Exstirpation der syphilitischen Initialläsion, von Ehlers. (Kopenhagen. 1891. Carl Petersens Verlag.) Verf. hat diese Frage einer kritischen Würdigung unterworfen, teils durch Zusammenstellen der einschlägigen Litteratur, teils durch Untersuchungen der Resultate in 37 Fällen (aus dem Kommunehospital und aus Haslunds

und Pontoppidans Privatpraxis). In 32 Fällen, wo der spätere Verlauf genügend bekannt und beobachtet war, war das Resultat 10 mal positiv und 23 mal negativ, und zwar nach dem Alter des Schankers aufgestellt:

	Resultat	
	negativ	positiv
6 —10 Tage	0	2
11—15 „	2	2
16—20 „	1	2
21—25 „	5	2
26—30 „	5	0
31—35 „	2	1
36 Tage und mehr	4	1
Alter nicht notiert	4	0
	23	10

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Illustrationen zu einigen Fällen aus Dr. Gardens dermatologischer Klinik. (Aberdeen. 1890. Milne & Hutchison.) Wir halten eine kurze Hinweisung auf diese nach Photographien in Zinkographie ausgeführten Bilder für am Platze. Dieselben stellen eine kleine Sammlung verschiedener Hautkrankheiten im Oktavformat dar, und sind teilweise vorzüglich, bei einzelnen hindert die Kleinheit des Bildes ein deutliches Erkennen der Efflorescenzen. *F. Hahn-Bremen.*

Reisen zu den Leprakranken, von Dr. Zambaco Pacha. (Paris. 1891. G. Masson.) In dem über 400 Seiten starken Bande werden uns vom Verf. die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Reisen in beinahe sämtlichen mit Lepra infizierten Gegenden des türkischen Reiches vorgeführt. Neben einer Menge höchst interessanter Angaben über Behandlungsweise, Verpflegung etc. der Leprösen enthält das Buch unzählige, höchst passende und offenbar ganz zuverlässige Belege für die Nichtkontagiosität der Lepra. Mit seiner persönlichen Ansicht über diese hochwichtige Frage hält Z. jedoch vorläufig noch zurück, verspricht uns aber die Publikation derselben in einer in nicht allzuferner Zeit zu erscheinenden Arbeit, wozu die vorliegende das Material liefern wird.

Es wird hauptsächlich auf die schlechten hygienischen Verhältnisse und die kolossalen Temperaturwechsel hingewiesen, welche nach der Ansicht der meisten orientalischen Ärzte eine Hauptrolle bei der Entwicklung der Lepra spielen und denen besonders die christliche Bevölkerung im Gegensatze zur muselmännischen ausgesetzt ist, welche letztere auch sich relativ immun zeigt. Spontane Heilungen werden zahlreiche mitgeteilt. Unter den Leproserien wird rühmlichst erwähnt das unter deutscher Direktion und Pflege stehende Leprakrankenhaus „Jesus-Hilfe" in Jerusalem, welches Verf. als Muster sämtlicher künftig zu erbauenden Anstalten dieser Art hingestellt wissen möchte. *C. Müller-Basel.*

Elektrolyse und Katalyse, von Gräupner. (Breslau 1891. Preuss & Jünger.) Ein äufserst schätzenswertes Buch sowohl für den, der sich über irgend einen Punkt wieder orientieren will, als auch für den, der „das Ganze" der Elektrotherapie kurz kennen lernen will, da dieselbe bisher aus Mangel an einer zusammenfassenden Darstellung vielen schon verleidet war, die die elektrophysikalischen und physiologischen Verhältnisse nicht genügend beherrschten.

Verf. beginnt im allgemeinen Teile mit einer Schilderung der Begriffe Elektrolyse und Katalyse, zunächst im rein physikalischen Sinne, und geht dann auf die

im tierischen Gewebe und Flüssigkeiten beobachteten Erscheinungen über. Es folgt dann eine Schilderung der zu gebrauchenden Batterien und sonstigen Apparate.

Im speciellen Teil schildert Verf. die bisher auf allen möglichen Gebieten mit dem elektrischen Strome erzielten Erfolge. Uns interessieren speciell die Heilungen von Hautkrankheiten: Lupus, Ulcerationen, Warzen, Keloide, spitze Kondylome, Naevi werden zerstört, Hypertrichosis zur definitiven Heilung gebracht. In gleicher Weise werden Strikturen der Harnröhre etc. geheilt. Wir raten daher jedem, der sich in kurzem über die elektrotherapeutischen Versuche instruieren und die Art der Applikation repetieren bezw. kennen lernen will, die Lektüre dieses Buches.

F. Hahn-Bremen.

Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik, von M. Schulz. (Berlin 1891, Th. Ch. Fr. Enslin.) Verf. schildert in dem Studierenden sowie Ärzten, welche das Impfgeschäft ausüben, gleich empfehlenswerten Buche zunächst die historische Entwicklung der Impfung, ihre physiologischen Grundlagen und ihre Pathologie, wie er sie in Kursen und Vorlesungen, die er in Vertretung R. Kochs an der Berliner Universität hielt, vorgetragen hat, teils auf Grund von Besprechungen mit Koch, teils aus der Litteratur erweitert. Im zweiten Abschnitt ist der geschäftliche Teil des Impfwesens im Deutschen Reiche besprochen, dann folgt eine genaue Besprechung der Impftechnik. Als Anhang sind die in den einzelnen Bundesstaaten geltenden gesetzlichen Bestimmungen angehängt. Dafs das Buch nunmehr die zweite Auflage erlebt, wollen wir zur Empfehlung noch beifügen. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Der bekannte Lorenzsche **Taschenkalender für Ärzte** (Verlag des Berl. Lith. Inst.) ist in seiner neuen Ausgabe für das Jahr 1892 wiederum verbessert und an Inhalt bereichert worden, ohne dafs dadurch das bequeme Format und der geringe Preis (2 M.) wesentlich verändert wären. Unter den neuen sehr praktischen Beigaben heben wir besonders hervor: „Arzneimittel, ihre Anwendung, Gabe und Preis"; „Dosierung der Antipyretica für Kinder"; „Krankenpflege, Nähr- und Genufsmittel". *L. Philippson-Hamburg.*

Monatseinlagen zu Dr. Drechslers **ärztlichem Taschenbuch.** (Verlag des ärztlichen Centralanzeigers, Gebrüder Lüdeking, Hamburg.) Eine ärztliche Buchführung en miniature und dabei doch für jeden Patienten noch ein Blatt zur Notierung der Krankengeschichte und Therapie! Uns scheint das Heftchen dem wirklichen Bedürfnis des Arztes Rechnung zu tragen und kann Anspruch auf Originalität machen. Kollegen mit grofser Praxis wird es sehr willkommen sein.

P. Taenzer-Bremen.

Der elfte **Kongrefs für innere Medizin** findet vom 20.—23. April 1892 zu Leipzig im Deutschen Buchhändlerhause, Hospitalstrafse, unter dem Vorsitze des Herrn Professor Curschmann (Leipzig) statt.

Die Themata, welche zur Verhandlung kommen sollen, sind:

Mittwoch, den 20. April: Die schweren anämischen Zustände. Referenten: Herr Biermer (Breslau) und Herr Ehrlich (Berlin.)

Freitag, den 22. April: Die chronische Leberentzündung. Referenten: Herr Rosenstein (Leyden) und Herr Stadelmann (Dorpat).

Die nachstehenden Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Emmerich (München): Über die Ursache der Immunität und die Heilung von Infektionskrankheiten. — Herr Peiper (Greifswald): Über Urämie. — Herr Rob. Binswanger (Kreuzlingen-Constanz): Über die Erfolge der Suggestiv-Therapie. — Herr Goltz (Strafsburg): Über die Folgen der Ausschneidung gröfserer Stücke des Rückenmarkes (Bericht über Beobachtungen, welche von den Herren Goltz und Ewald an Hunden angestellt wurden.) — Herr Schott (Nauheim): Zur Ätiologie der chronischen Herzkrankheiten. — Herr v. Jaksch (Prag): Thema vorbehalten. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Kenntnis der sogenannten Leberkolik und Pseudogallensteine. — Herr Vucetic (Mitrovitz): Behandlung des Alkoholismus. — Herr Minkowski (Strafsburg): Weitere Mitteilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation. — Herr Ebstein (Göttingen): Thema vorbehalten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Über die Behandlung des Carcinoms. — Herr Finkler (Bonn): Die verschiedenen Formen der Pneumonie. — Herr Gerhardt (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Geppert (Bonn): Thema vorbehalten. — Herr Israel (Berlin): Über die sekundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit. — Herr Landois (Greifswald): Über den therapeutischen Wert der Bluttransfusion beim Menschen. — Herr Rütimeyer (Basel-Richen): Zur Pathologie der Bilharziakrankheit. — Herr Grawitz (Greifswald): Über die hämorrhagischen Infarkte der Lungen. — Herr Klebs (Zürich): Über die Heilung der Tuberkulose und die Biologie der Tuberkelbacillen. — Herr G. Klemperer (Berlin) und Herr F. Klemperer (Strafsburg): Untersuchungen über die Ursachen der Immunität und Heilung, besonders bei der Pneumonie. — Herr Buchner (München): Über Immunität gegen Infektionskrankheiten. — Herr v. Ziemssen (München): Über subkutane Bluttransfusion. — Herr F. Wolff (Reiboldsgrün): Über das Verhältnis der Infektionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberkulose. — Herr Löffler (Greifswald): Thema vorbehalten. — Herr Rich. Stern (Breslau): Über Darm-Desinfektion. — Herr H. Leo (Bonn): Beobachtungen über Diabetes mellitus. — Herr Schreiber (Königsberg): Über Circulationsstörungen in den Nieren.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Lokal-Sekretär des Kongresses, Herrn Privatdocenten Dr. Krehl, Leipzig, Thalstrafse 31, zu richten.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1891.

Dieselbe hiefs:

„Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen".

Den Preis erhielt eine Arbeit mit dem Motto: „Non multa, sed multum," als deren Verfasser sich Herr Dr. **Zenthoefer** in **Stallupoenen** herausstellte. Dieselbe wird demnächst in den von Dr. Unna herausgegebenen *Dermatologischen Studien* veröffentlicht werden.

Die Preisaufgabe für das Jahr 1892 heifst:

„Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen".

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1892 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 18, einzureichen. Der Preis beträgt 300 *M*. Die Herren Proff. Klebs und Hoyer haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genaue Bedingungen und Mitteilungen über die Preisaufgabe für 1892 sind von obengenannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

H.G. Brooke

ERYTHEMA KERATODES.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 4. 15. Februar 1892.

Hydradenitis destruens suppurativa.

Von

S. Pollitzer, A. M., M. D.,
New York.

Folgender Fall wurde mir von Herrn Dr. Adler aus dieser Stadt im vorigen Winter freundlichst überwiesen:

J. M., 20 Jahre alt, aus New York gebürtig, von deutschen Eltern abstammend und jetzt bei einem Fabrikgeschäft angestellt, hat abgesehen von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten sich im allgemeinen stets einer guten Gesundheit erfreut.

Er ist von Mittelgröfse, sieht nicht sehr kräftig aus, hat einen dunklen Teint und ist aufserordentlich nervösen Temperaments, was sich manchmal durch nervöse Anfälle von geradezu hysterischer Beschaffenheit äufsert. Hereditäre Verhältnisse sind günstig; es liegt weder Syphilis noch Tuberkulose vor. Der Patient stammt aus einer Familie von sechs Mitgliedern, welche sich alle bei vorzüglicher Gesundheit befinden; an einer Hautkrankheit hat er früher niemals gelitten, hat nicht einmal Akne gehabt. Er sieht älter aus, als er in Wirklichkeit ist, und der Bartwuchs ist für sein Alter bei ihm ungewöhnlich stark entwickelt. Die Affektion, wegen derer er mich konsultierte, hatte sich ohne irgend welche erkennbare Ursache etwa vier Monate zuvor eingestellt und hatte von Anfang an die nämlichen Eigentümlichkeiten wie während des gesamten Verlaufs dargeboten.

Der Ausschlag war ausschliefslich auf Gesicht und Hals lokalisiert. Es fanden sich auf den Seiten der Wangen, auf dem Kinn, dem Gebiet unterhalb des Unterkiefers, den Vorder- und den Seitenflächen des Halses und auch auf den Schultern an der Halswurzel verstreut etwa zwanzig Läsionen in den verschiedenen Stadien der Entwickelung. Sie erschienen 1. als kleine, runde, knotenförmige Erhebungen der Haut in erbsengrofser Ausdehnung, von rötlicher Farbe, und zeigten zum Teil ein gelbliches Centrum, als ob sie Eiter enthielten; bei anderen war die bedeckende Hornschicht gesprungen und blätterte in concentrischen Ringen ab. 2. sah man kleine, mifsfarbene Krusten auf der Mitte von gewesenen Knötchen.

3. Etwas eingezogene runde oder ovale Narben und mifsfarbene Flecke von durchschnittlich einem Centimeter Durchmesser. Man konnte ferner bei vorsichtigem Palpieren zahlreiche, kleine, harte, runde oder ovale Knötchen im subkutanen oder tieferen kutanen Gewebe entdecken. Dieselben liefsen sich zwischen Daumen und Zeigefinger hin und her rollen und gewährten die Empfindung, als ob ein Vogelschrotkorn in der Haut tief eingelagert wäre. Auf Druck waren sie vollkommen unempfindlich, und die Affektion bedingte überhaupt durchaus keine subjektiven Erscheinungen aufser vielleicht einem gelegentlichen, mäfsigen Juckreiz.

Bei der Beobachtung dieser Läsionen durch einige Wochen hindurch erkannte man alsbald die zwischen ihnen obwaltenden Beziehungen. Das Gebilde entwickelt sich zunächst als ein tiefliegendes Knötchen in der Haut, das gewöhnlich vom Patienten zufällig durch Palpieren entdeckt wird. Diese Knötchen scheinen im subkutanen Gewebe lokalisiert zu sein, und die darüber liegende Haut ist zunächst dabei nicht beteiligt, zeigt vielmehr nicht die geringste Anderung und läfst sich, ohne eine schmerzhafte Empfindung zu verursachen, umherrollen und drücken. Allmählich fangen sie an sich zu vergröfsern, und nach 10 bis 14 Tagen haben sie die Gröfse einer Erbse erreicht. Die Epidermis ist nunmehr über das Niveau der umgebenden Haut emporgehoben, und es hat sich somit ein kleiner, runder Tumor entwickelt. Derselbe ist auf Druck etwas empfindlich. Die Haut über dem Tumor ist gerötet, und manchmal geben die oberen Schichten des Stratum corneum dem von unten her wirkenden Drucke nach, reifsen ein und blättern ab. Jetzt hat das Gewächs die oberen Schichten der Cutis erreicht und die Haut läfst sich nicht mehr frei über dasselbe wegbewegen. Wenn der Tumor in diesem Stadium incidiert wird, so entleert sich ein Tropfen Eiter, und nachdem im Laufe der folgenden Tage noch ein paar Tropfen mehr ausgetreten sind, stellen sich Involutionserscheinungen ein. Läfst man dagegen den Tumor ganz ungestört sich fortentwickeln, so fängt im Laufe der folgenden Tage die Mitte desselben an gelblich zu werden, als ob eine Vereiterung eingetreten ist; darauf bricht die Epidermis ein, und es entleert sich ein oder zwei Tropfen eines rahmigen Eiters nebst etwas Blut und zuweilen einigen kleinen Gewebsfetzen durch eine oder mehrere minimale Öffnungen hindurch. Wenn man das Sekret nicht durch häufiges Waschen entfernt, so kann dasselbe zu einer mifsfarbenen Borke eintrocknen, welch' letztere auf der Haut, in die sie durch stecknadelgrofse Öffnungen eintaucht, zuweilen sehr fest adhärent ist. Läfst man diese Borke ungestört fortbestehen, so fällt sie nach einigen Tagen spontan ab, und die darunter befindliche, dunkel gerötete Haut bleibt mehrere Monate hindurch pigmentiert, worauf schliefslich eine mäfsig eingezogene Narbe den Sitz des Tumors bezeichnet.

Von der Entwickelung eines tiefliegenden Knötchens bis zur Narbenbildung vergehen ungefähr vier Wochen; zehn bis vierzehn Tage braucht das Knötchen, bis es die Gröfse einer Erbse erreicht; die Vereiterung oder Krustenbildung erfordert vier bis fünf Tage, und die Resorption des Infiltrats mit Hinterlassung der Narbe erfordert ungefähr zwei Wochen.

In einigen Fällen waren auch Ausnahmen von diesem normalen Verlauf der Entwickelung zu konstatieren. Mehrere Knoten, die unmittelbar dicht bei einander sich entwickelt hatten, verschmolzen zu einem festen, flachen Tumor von der Form und Gröfse einer Mandel (1,5 cm breit und 2,5 cm lang), welcher schliefslich durch zahlreiche minimale Öffnungen ein eitriges Sekret entleerte. In einigen wenigen Fällen nahmen die kleinen, tief liegenden Geschwülste nicht zu an Gröfse und erlitten auch keine Suppuration, sondern verblieben, gleichsam abortiv, in ihrer ursprünglichen Form viele Monate hindurch unverändert. Noch heute fast ein Jahr nach ihrem ersten Auftreten sind noch zwei solche Knötchen zu fühlen.

Die gröfste Anzahl von Tumoren fand sich über dem Ramus horizontalis des Unterkiefers und unter dem Kinn. Auf diesen Stellen waren die Haare in grofser Dichtigkeit gewachsen, aber es fanden sich gar keine gelockerten oder abgelösten Haare vor, und auf den seichten Narben wuchsen später die Haare in normaler Weise weiter, zum Beweise, dafs die Gewebszerstörung sich nicht auf die Haarfollikel erstreckte. Die kleinen Tumoren traten schubweise zu je einem, zwei, sechs oder noch mehr auf, und die nachfolgenden Schübe entwickelten sich in unregelmäfsigen Zwischenräumen von wenigen Tagen bis zu mehreren Wochen; dagegen war während der ganzen neunmonatlichen Dauer der Affektion der Kranke zu keiner Zeit frei von sich entwickelnden Knötchen oder deren frischen Überresten, und während des gröfseren Teils dieser Zeit waren sämtliche verschiedene Stadien der Entwickelung vom subkutanen Knötchen bis zur frischen Narbe oder Macula gleichzeitig zu beobachten. Die Affektion schien das Maximum ihrer Intensität bald nachdem ich den Patienten zum ersten Male sah, erreicht zu haben, d. h. im vierten oder fünften Monat ihres Bestehens. Um diese Zeit waren nicht weniger als fünfundzwanzig Läsionen in allen den verschiedenen Stadien der Entwickelung auf dem Halse und im Gesicht vorhanden. Von dieser Zeit ab fingen die Knötchen an in kleineren Schüben und in gröfseren Zwischenräumen hervorzutreten. Das letzte Geschwülstchen, das zur vollen Reife gedieh, trat am Ende des achten Monats hervor. Die benachbarten Lymphdrüsen waren nicht geschwollen; eine Temperatursteigerung kam gar nicht vor; wiederholt vorgenommene Untersuchungen des Urins ergaben weder Zucker noch Eiweifs.

Diagnose. — Beim Stellen der Diagnose wurden folgende Affektionen in Betracht gezogen: Akne, Bromakne, Akne cachecticorum, Furunkel, Trichophytia barbae und Syphilis.

Akne war auszuschliefsen wegen der Entwickelung der Läsionen aus subkutanen Knötchen, ferner wegen des Fehlens von Komedonen und irgend welchen echten, von einem Haare durchbohrten Pusteln und wegen der ausschliefslichen Lokalisierung an Bart und Hals.

Bromakne war ausgeschlossen, weil der Patient keinerlei Brompräparate eingenommen hatte, sowie auch wegen des Aussehens der Läsionen, welche der, der Bromakne eigentümlichen, Neigung zur Papillombildung entbehrten.

Akne cachecticorum kommt bei skrophulösen Individuen vor, befällt alle Teile der Haut und ist meistenteils von Lichen scrophulosum begleitet; dabei bestehen die Läsionen aus Pusteln, welche gewöhnlich von einem erythematösen Hofe umgeben sind. Diese Merkmale reichen schon hin um dieselbe ausschliefsen zu können.

Furunkel sind von intensiven entzündlichen Erscheinungen begleitet, namentlich von heftigem Schmerze, bilden konische Erhebungen und endigen mit dem Ausstofsen einer centralen, nekrotischen Masse. Diese Merkmale fehlten bei unserem Falle.

Trichophytia barbae war zu bedenken wegen der grofsen Knötchen, welche wie die kleinen Buckel — infiltrierte Knötchen — der Tinea aussahen. Die Nichtbeteiligung der Haare und das Fehlen des Pilzes an den ausgezogenen Haaren liefsen diese Affektion ausschliefsen.

Syphilis, namentlich das von Bazin[1] als syphilide gommeuse beschriebene tuberkulo-ulcerative Syphilid, zeigte viele Übereinstimmung mit der vorliegenden Affektion besonders in Bezug auf die Entwickelung der Knoten aus kleinen subkutanen Knötchen und auf ihre Beschaffenheit im Höhestadium der Krankheit. Aber abgesehen von dem völligen Fehlen jeglichen anamnestischen Anhalts für hereditäre oder acquirierte Syphilis war die Annahme eines solchen Leidens auch durch den weiteren Verlauf schon ausgeschlossen. Bei der Syphilide gommeuse zerfällt das Centrum des Knotens, und es entsteht somit ein Geschwür, das die gewöhnlichen Charakteristika eines syphilitischen Ulcus darbietet.

Weiter auf die Differentialdiagnose der Krankheit brauche ich hier aber nicht einzugehen. Durch ihre Entwickelung und ihren Verlauf ist dieselbe so deutlich gekennzeichnet, dafs es unmöglich sein wird, sie mit irgend einer anderen Affektion zu verwechseln. Anfangs glaubte ich, dafs diese Abnormität noch nicht anderweitig beschrieben worden sei; allerdings zeigte es sich später, dafs diese Annahme nicht richtig war,

---

[1] *Leçons sur la Syphilis.* Paris. 1866. pg. 359.

indessen dürfte die aufserordentliche Seltenheit der Affektion sowie das Fehlen jeglicher Erwähnung derselben in den meisten der gelesensten Textbücher über Dermatologie eine genügende Entschuldigung für diesen Irrtum abgeben.

Behandlung. — Aus klinischen Gründen hielt ich die Affektion für infektiös und richtete demgemäfs die Behandlung ein. Der Gebrauch des Rasiermessers um die Haare zu entfernen wurde dem Patienten untersagt; vielmehr liefs ich diese unentbehrliche Operation mittelst einer Mischung von Bariumsulphid (welches selbst ein Antiseptikum ist) ausführen. Dabei wurde jedes einzelne Knötchen mit einem Stückchen UNNAscher Karbolquecksilberpflastermull bedeckt. Die Knötchen wurden vor ihrem spontanen Aufbruch unter den üblichen antiseptischen Vorsichtsmafsregeln incidiert. Ferner wurde das affizierte Gebiet mit einer dreiprocentigen, alkoholischen Salicylsäurelösung wiederholentlich abgewaschen. Gegen das Ende der Krankheit wurde innerlich Quecksilber und Jodkalium verschrieben (R. Kalii jodat. 10,0. Hydrarg. bichlor. 0,15. Aquae 90,0. S. dreimal täglich einen Theelöffel voll zu nehmen). Ich habe diese Mixtur nicht etwa wegen einer selbst nur mutmafslich angenommenen Syphilis verschrieben, sondern wegen der allgemeinen günstigen Wirkung dieser Mittel bei suppurativen Prozessen und zur Beschleunigung der Resorption von Infiltraten. Obzwar sie im ganzen (auch bei diesem Falle) eine günstige Wirkung wohl auszuüben schien, so war der Effekt gar nicht zu vergleichen mit dem rapiden Verschwinden, welches man bei der Behandlung syphilitischer Läsionen zu sehen erwarten würde, und trotz dieser Therapie kamen immer noch neue Knötchen zum Vorschein. Leberthran und andere Tonika würden wahrscheinlich eine eben so gute Wirkung hervorgebracht haben.

Anatomie: Zwecks einer histologischen Untersuchung wurden zwei Knötchen am Halse excidiert. Das eine derselben war klein, hart, oval, subkutan gelegen und befand sich in einem frühen Stadium der Entwickelung; das andere war weiter vorgeschritten, und es stand wahrscheinlich ein Einbrechen der Epidermis gerade bevor. Die Präparate wurden in Alkohol gehärtet; das eine wurde in Paraffin, das andere in Celloidin eingelegt. Es ist zu bedauern, dafs kein Präparat in FLEMMINGsche Lösung eingelegt wurde; aber da ich auf Bacillen zu färben wünschte, und der Patient nicht dazu vermocht werden konnte mehr als zwei Knötchen zu opfern, so war ich eigentlich auf Alkohol zum Fixieren allein angewiesen.

Die zwei Präparate wiesen im wesentlichen die gleichen Veränderungen auf; die Unterschiede betrafen nur den Grad und die Menge des befallenen Gewebes. Bei dem kleinen, subkutanen Knötchen waren die Veränderungen ziemlich circumskript auf eine ein Millimeter im

vertikalen und zwei Millimeter im horizontalen Durchmesser betragende, ovale Masse beschränkt, die gerade auf dem Übergangsgebiete des subkutanen Fettgewebes zur Cutis gelegen war. Bei dem gröfseren Knötchen bezogen sich die Veränderungen, weniger scharf umschrieben, auf eine kugelige Masse, welche sich von der oberen Schicht des subkutanen Gewebes hinauf bis in die Papillarschicht nach oben zu erstreckte.

Die Tumoren bestanden aus dichten Anhäufungen von kleinen Rundzellen, epitheloiden Zellen und grofsen, Riesenzellen ähnlichen, vielkernigen Massen. Die Rundzellen zeigten die Beschaffenheit der gewöhnlichen, bei Entzündung zu beobachtenden Zellen. Sie waren durch den ganzen Tumor hindurch zerstreut, waren aber am zahlreichsten an der Peripherie anzutreffen. Beim gröfseren Tumor sah man einen gewissen Grad von Infiltration um die Gefäfse herum in der Papillarschicht und im subkutanen Gewebe an den Grenzen aufserhalb des Grundkörpers der Neubildung. Die epitheloiden Zellen waren unregelmäfsig in verschiedenen Teilen des Tumors verstreut. Meistens waren sie jedoch in Gruppen arrangiert; es fanden sich zehn bis fünfzehn Zellen in einem Häuflein zusammengelagert und durch Infiltrationsgewebe von anderen vielleicht eben so grofsen Gruppen abgeschieden. In den einzelnen Gruppen waren aber die einzelnen Bestandteile ihrerseits wiederum durch Infiltrationsgewebe ganz weit von einander getrennt, und die Gruppen waren nicht recht deutlich markiert; aber es bestanden auch grofse Gebiete, welche von solchen Zellen völlig frei waren, indem sie zwischen andere, diese Gebilde in grofser Anzahl aufweisende, gleichsam hineingeschoben waren. Die einzelnen Zellen enthielten häufig mehrere Kerne, zwei bis fünf an der Zahl, und es waren auch Gebilde zu konstatieren, welche in unmerklichen Zwischenstufen in Riesenzellen übergingen.

Letztere waren ebenso, wie die epitheloiden Zellen in Gruppen zusammen gestellt, doch waren diese schärfer abgegrenzt als die ersteren. Manchmal sah man ein Häuflein von dreien oder vieren derselben fast in direkter Berührung mit einander beisammen stehend. Niemals kamen sie einzeln vor; das Vorhandensein einer einzigen solchen Zelle war ein sicherer Beweis, dafs noch mehrere andere in unmittelbarer Nähe anzutreffen sein würden. Sie fanden sich in erstaunlich grofser Anzahl vor; nicht weniger als zwölf wurden in einem einzigen Sehfeld bei Zeissschem Objektiv D gezählt. Die Kerne bei diesen Zellen, fünf bis zwanzig an der Zahl, waren manchmal nach der Peripherie hin gelagert, gewöhnlich aber promiscue durch den ganzen Zellkörper hin zerstreut und manchmal wiederum auf ein einzelnes Segment der Zelle beschränkt. Die Zellen selbst waren in der Regel etwas kleiner als die bei tuberkulösen Erkrankungen und anderen Granulationsgeschwülsten vorkommenden Riesenzellen. Im allgemeinen waren sie von unregelmäfsig rundlicher oder ovaler

Gestalt, aber es fanden sich auch viele von ganz barocker Form darunter; so z. B. hatten mehrere die Gestalt einer excentrischen Ellipse, und einige gröfsere waren wie ein lateinisches L gebogen. Es kamen aber sämtliche Übergänge von der kreisrunden bis zu sehr unregelmäfsigen Formen vor. Nach dem Centrum des gröfseren und älteren Gewächses zu waren alle diese Elemente in gröfster Unordnung durcheinander geworfen, und das gesamte Gebiet hatte eine etwas homogene Beschaffenheit angenommen, wobei alle Zellkerne sich etwas schlechter färbten.

Die Blutgefäfse waren durch das ganze Gewächs hindurch zu verfolgen. Ihre endothelialen Zellen waren gewöhnlich geschwollen, und zwar hatte bei einigen Kapillaren in der Mitte des Tumors diese Anschwellung einen solchen Grad erreicht, dafs das Lumen vollständig verschlossen wurde. Die Haarfollikel, welche in und um das Neoplasma in erheblicher Anzahl und Gröfse sich vorfanden, erschienen vollständig normal. Zur Seite des Tumors sah man Follikel in abnormer, schräger Stellung; dieselben waren offenbar von der Neubildung zur Seite geschoben worden. Innerhalb des Gewächses selber erstreckte sich die Infiltration niemals bis in die Follikel hinein, sondern es fand durch das dichtere Bindegewebe, welches eine Art Follikelkapsel bildet, eine erkennbare Begrenzung der Infiltration statt. Die Talgdrüsen sind an der Stelle, an welcher die Tumoren gesessen hatten, klein und schienen unverändert zu sein.

Die Schweifsdrüsen am Halse sind grofs und zahlreich. Sie erstrecken sich durch die ganze Dicke der Cutis von deren oberen Schichten bis zum Zusammentreffen mit dem subkutanen Bindegewebe hindurch. Trotzdem fanden sich keine Drüsen innerhalb der Grenzen des Gewächses. An der Peripherie desselben jedoch und in der unmittelbar angrenzenden Cutis waren einige zu konstatieren. Viele derselben liefsen eigentümliche Veränderungen erkennen. Das Epithel des Knäuels war geschwollen, oft bis zur vollständigen Obliteration des Lumens; die Zellkonturen waren undeutlich und ihre Kerne färbten sich mit Hämatoxylin nur schwach. Bei einigen Knäueln waren dies die einzigen Änderungen; bei anderen fanden sich ähnliche aber deutlicher ausgeprägte Veränderungen. Der Knäuel war der Sitz eines mäfsigen Grades von Infiltration; das eingelagerte Bindegewebe war an einigen Stellen etwas gewuchert; die geschwollenen Epithelzellen verwischten jede Spur von Lumen vollständig, und die einzelnen Konturen derselben waren total verschwunden, indem die Epithelauskleidung des Ductus in eine einzige, homogene Masse verschmolzen war, in welcher nur die schwach sich färbenden Zellkerne die ursprüngliche Lokalisation der Zellen andeuteten. Bei derartigen Drüsen war es nicht mehr möglich, die Membrana propria des Epithelrohrs nachzuweisen; wahrscheinlich war dieselbe mit dem entarteten Epithel verschmolzen. Dabei

konnte man, trotzdem fast eine jede Spur des feineren Baues der Drüse verschwunden war, wegen der ganzen Anordnung des Gebildes, der Gruppierung der einzelnen Teile und wegen der beim Schneiden der Knäuelcylinder nach der transversalen, der schrägen und longitudinalen Richtung entstehenden Figuren keinen Augenblick im Zweifel sein mit Bezug auf die ursprügliche Abstammung des Gewächses aus Drüsengebilden.

Pathologie. — Es ist einleuchtend, dafs der geschilderte Vorgang eine mit Vereiterung endigende, akute, diffuse Entzündung darstellt. Die Fragen, auf deren Entscheidung es zunächst ankommt, sind erstens die nach der Bedeutung der als Riesenzellen beschriebenen Körper und zweitens nach dem Ausgangspunkt des ganzen Prozesses.

Betreffs der Riesenzellen, welche einen so in die Augen springenden Teil des mikroskopischen Bildes ausmachen, hege ich gar keinen Zweifel, dafs dieselben aus degenerierten und zerfallenen Fragmenten des Schweifsdrüsenepithels bestehen. Folgende Betrachtungen haben mich zu diesem Schlusse hingeleitet:

1.) Die mikroskopischen Präparate entsprechen nicht dem Bilde eines Granuloms, bei welchem ja das Granulationsgewebe nach dem mehr oder weniger nekrotischen Centrum zu (in dessen Mitte eine oder zwei Riesenzellen lokalisiert sind) immer dichter und dichter wird. Überdies kommen bekanntlich Riesenzellen nur bei chronisch entzündlichen Affektionen vor, und der relativ rapide Verlauf der hier beschriebenen Affektion macht es schon an sich zweifelhaft, ob hier Riesenzellen vorhanden sein können.

2.) Die Zellen finden sich in unverhältnismäfsig gröfserer Anzahl vor als bei irgend einer Granulationsgeschwulst; sie treten dabei niemals einzeln auf, sondern immer in Gruppen, welche manchmal aus zwanzig oder dreifsig zusammen gesetzt sind.

3.) In der Regel sind sie kleiner als die typischen Riesenzellen und haben im allgemeinen viel regelmäfsigere Konturen. Nirgends fanden wir eine typische, grofse Riesenzelle mit ihrem unregelmäfsig gekerbten Rande und dem regelrecht angeordneten Kranz von Kernen.

4.) Es kommen länglich gebogene Riesenzellenmassen vor, welche geradezu wie Teile eines Schweifsknäuels geformt sind.

5.) Man findet auch einzelne Riesenzellen, welche noch eine undeutliche Zeichnung wie die Linien der ursprünglichen Konturen der Zellen aufweisen.

6.) In einigen wenigen Fällen fanden sich aufserhalb des Haupttumors auch Riesenzellen in Gruppen angehäuft, welche in jeder Beziehung mit dem Aussehen einer Knäueldrüse übereinstimmen; und schliefslich fanden sich Schweifsdrüsen, deren Epithel die Anfangsstadien derjenigen Veränderungen darbot, die zur Entwickelung derartiger Riesenzellen führen

könnten, nämlich Anschwellung und Verklebung der Zellen nebst verminderter Färbbarkeit ihrer Kerne.

Kurz und gut, wir haben hier eine ganze Kette von Beweisen, die mit der parenchymatösen Entartung des Schweifsdrüsenepithels und deren Koagulationsnekrose anfangend sich bis zur endlichen Auflösung der entarteten Masse zu riesenzellähnlichen Gebilden erstreckt. Dem entsprechend sind die epitheloiden Zellen, welche in grofser Anzahl sich vorfinden, und welche in verschiedenen Formen und Abstufungen von einer typischen Epithelzelle bis zu einer vielzelligen, riesenzellartigen Masse variierend vorkommen, wahrscheinlich in ähnlicher Weise durch die Auflösung des degenerierten Drüsenepithels in kleinere Fragmente, als es die den Riesenzellen ähnlichen Gebilde sind, entstanden.

Ich bin mir allerdings wohl bewufst, dafs diese Art der Entstehung der Riesenzellen — Entartungsriesenzellen — in der Haut noch nicht von anderen beschrieben worden ist. Jedoch haben z. B. Waldstein[2] bei Hodentuberkulose, Taylor und van Giesen[3] bei diffuser Orchitis eine ähnliche Entwickelung solcher Zellen beschrieben. Und ich habe auf Grund der hier erzielten Schlufsfolgerungen zahlreiche Schnitte von syphilitischen Hautaffektionen wieder untersucht und mich dabei überzeugt, dafs viele der bei dieser Krankheit als Riesenzellen beschriebenen Gebilde in der That nicht formative Zellen, sondern die Degenerationsprodukte des Schweifsdrüsenepithels repräsentieren. In einer späteren Mitteilung hoffe ich ausführlicher über diesen Gegenstand zu berichten.

Was den Ausgangspunkt des pathologischen Prozesses betrifft, so ist es klar, dafs namentlich die Schweifsdrüsen von diesen Veränderungen betroffen sind, und dafs dieselben sich im Zustand der parenchymatösen Entartung befinden. Es ist aber dabei noch die Frage zu beantworten: Ist diese parenchymatöse Entartung primär oder sekundär? Oder, mit anderen Worten: Entstehen die Veränderungen der Schweifsdrüsen primär in diesen selbst, oder sind diese Organe erst sekundär und nur dadurch, dafs der diffuse, entzündliche Prozefs sich auf die gesamte Cutis, von der sie nur ein Teil sind, erstreckt hat, affiziert? Mit absoluter Gewifsheit läfst sich diese Frage nicht entscheiden, aber die Beweise sind derart, dafs nur geringe Zweifel darüber bestehen können, dafs der Vorgang primär sich in den Schweifsdrüsen entwickelt. Es giebt keine andere Möglichkeit, um die ausgesprochene parenchymatöse Entartung zu erklären, die sich an vielen Stellen fast ohne irgend welche Zeichen einer diffusen Entzündung vorfand. Bei einer der excidierten Drüsen waren tiefgreifende Änderungen des Epithels zu konstatieren, nebst einer verhältnismäfsig geringen Infiltration oder Bindegewebswucherung in der Umgebung des Knäuels.

[2] *Virchows Archiv.* 1879.
[3] *Amer. Journ. med. Sc.* 1888.

Ich stelle mir vor, dafs der Prozefs mit einer Anschwellung des Schweifsdrüsenepithels beginnt, wobei das Protoplasma desselben körnelig wird. Indem die Zellen sich vergröfsern, verschmelzen sie mit einander, wobei ihre Konturen verschwinden und das Lumen der Drüse sich verschliefst. Die degenerierte Drüse wirkt nunmehr wie ein Fremdkörper und ruft Veränderungen an den Blutgefäfsen hervor, sowie das Austreten von weifsen Blutkörperchen; auch findet in unmittelbarer Nähe der erkrankten Drüse eine gewisse Wucherung der Bindegewebszellen statt. Auf diese Weise ist somit die parenchymatöse Entzündung eine diffuse geworden. Die Infiltration mit Leukocyten wird allmählich immer intensiver und befällt das Parenchym der Drüse selbst, worauf das degenerierte Epithel sich in Fragmente auflöst, welche ihrerseits durch die sich dazwischen schiebende Infiltration getrennt werden und schliefslich als riesenzellähnliche Massen in der Mitte dieser letzteren eingeschlossen angetroffen werden. Anfangs sind wahrscheinlich nur wenige, eine oder zwei Drüsen ergriffen, aber allmählich werden die angrenzenden Glomeruli mit in den Prozefs einbezogen, bis schliefslich ein relativ grofser Tumor die Folge ist, in welchem sämtliche Schweifsdrüsen des affizierten Gebietes einbegriffen sind, und die Zwischenräume zwischen den Glomeruli von einer intensiven, allmählich eiterig werdenden Infiltration ergriffen sind. Bei der Zerstörung des Drüsenepithels werden die am tiefsten in der Cutis gelegenen an der Übergangsstelle von Cutis in Subcutis befindlichen schon vor den höher gelegenen aufgelöst, wahrscheinlich weil sie anders als die letzteren gegen das Eindringen der Leukocyten nicht durch eine kapselartige Umhüllung von dichterem Bindegewebe geschützt sind.

Was die Ursache dieses Leidens betrifft, so habe ich bereits erklärt, dafs ich dasselbe aus klinischen Gründen für infektiösen Ursprungs erachte; auch habe ich bakteriologische Untersuchungen angestellt, um diesen Punkt zu entscheiden. Deckglaspräparate von frischem Eiter aus einem incidierten Knötchen wurden nach der WEIGERTschen und der KÜHNEschen Methode gefärbt, jedoch waren durchaus keine Organismen zu finden. Desgleichen ergaben die auf Keime gefärbten Schnitte ebenfalls negative Resultate. Plattenkulturen mit Agar-Agar, die mit frischem Eiter, der unter den üblichen Kautelen aus einem incidierten Knötchen entnommen wurde, geimpft worden waren, blieben steril mit Ausnahme einiger gewöhnlichen Keime, welche sich auf einigen Platten entwickelten, so z. B. Staphylococcus pyogenes und Bacillus prodigiosus. Leider war ich nicht in der Lage, direkte Inokulationen auf Tiere mit dem Eiter anzustellen. Trotz dieser negativen Resultate glaube ich sowohl aus anatomischen als auch aus klinischen Gründen, welche dem Leser wohl einleuchtend sein dürften, Ursache zu haben, die Affektion als infektiös zu betrachten. Andererseits ist es aber nicht unmöglich, dafs das Leiden durch irgend

ein an anderer Stelle des Körpers sich entwickelndes, schädliches, chemisches Agens (z. B. ein im Intestinalkanal entwickeltes Ptomain) entstanden sein mag, indem dasselbe eine parenchymatöse Entartung der Schweifsdrüsen, durch welche es ausgeschieden wird, nebst sekundärer und konkomitierender Entzündung erzeugt. Vorläufig mufs aber allerdings die Ätiologie des Leidens in suspenso gelassen werden.

Nomenklatur. — Ich habe die Affektion Hydradenitis destruens suppurativa genannt. Zur Bezeichnung einer Entzündung der Schweifsdrüsen giebt es in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der medizinischen Nomenklatur nur einen einzigen Namen, nämlich Hydradenitis (ὕδωρ, Wasser, und ἀδήν, eine Drüse). Das differenzierende Beiwort destruens wurde gewählt, um das charakteristische pathologische Merkmal, die vollständige Zerstörung der betroffenen Drüse, zu bezeichnen. Die Bezeichnung suppurativa wurde noch hinzugefügt, um diese Form der Hydradenitis von anderen, möglicherweise beobachteten Formen, die anders endigen können, zu unterscheiden; denn es ist nicht unwahrscheinlich, dafs es auch noch andere Formen der Schweifsdrüsenentzündung giebt. Ferner könnte noch ein weiteres unterscheidendes Beiwort hinzukommen, um die befallene Körperstelle hervorzuheben z. B. capitis, facialis, generalis etc., denn es kann, wie wir gleich sehen werden, jeder beliebige Teil des Integumentes von der Krankheit ergriffen werden.

Der Ausdruck Hydradenitis, der sich aus der Untersuchung der Histologie unseres Falles ergeben hatte, erinnerte an die von Bazin[4] unter dem Namen Hydradenite syphilitique beschriebene Krankheit. Diese wird von einigen Autoren als eine Art pustulo-ulceratives Syphilid betrachtet, von anderen dagegen als ein miliares Gumma, wie solche vorher schon von Bazin als Syphilide gommeuse beschrieben worden sind. Er hatte, wie er selbst angiebt, die Krankheit wieder umgetauft, nachdem er sich aus Verneuils Abhandlung über Hydrosadenite phlegmoneuse überzeugt hatte, dafs sein Syphilid in den Schweifsdrüsen lokalisiert sei. Durch diese Andeutung erschlofs sich eine sehr interessante obzwar beschränkte Litteratur über den Gegenstand.

Verneuil[5] publizierte im Jahre 1864 einen Aufsatz mit dem Namen Hydrosadenite phlegmoneuse et abscès sudoripares und beschrieb eine Affektion, die er für eine phlegmonöse Entzündung der Schweifsdrüsen hielt. Velpeau[6] hatte bereits im Jahre 1835 eine circumskripte Entzündung und oberflächliche Ascedierung an der Axilla, in der Nähe

---

[4] Loc. cit.
[5] *Arch. génér.* 1864. II. pg. 537; 1865. I. pg. 327.
[6] *Dictionnaire de la méd.* 2me éd. 1835—39; Articles *Anus*, *Mammelles*, und *Clinique Chirurg.* t II. pg. 135.

des Anus und an der Brustwarze beschrieben. RICHET[7], NÉLATON[8] und CHASSAIGNAC[9] hatten dasselbe Leiden beschrieben, jedoch ohne dessen anatomische Verhältnisse richtig zu würdigen. VERNEUIL hatte bereits im Jahre 1854 in seiner Klinik gelehrt, dafs die an der Axilla sich entwickelnden VELPEAUschen Abscès tubériformes aus den Schweifsdrüsen entsprangen, und er veröffentlichte hierüber[10] eine Bemerkung im Jahre 1867. Spätere Beobachtungen bestätigten noch seine Auffassung und im Jahre 1864 stellte er[11] als besondere Gruppe die phlegmonösen Entzündungen der Schweifsdrüsen unter dem Namen Hydrosadenite phlegmoneuse[12] auf.

Die Krankheit, welche er unter dieser Bezeichnung in der ausgezeichneten Weise der französischen Kliniker beschreibt, stimmt in jeder Einzelheit so vollständig mit dem Fall, den ich wieder zu geben versucht habe, überein, dafs es überflüssig wäre, die Schilderung zu wiederholen. Indessen erlaube ich mir zur Vervollständigung des Bildes ein paar Thatsachen aus VERNEUILS reicherer Erfahrung noch anzuführen. Die Läsionen finden sich am häufigsten an den folgenden Lokalitäten: Axilla, Anus, Mamilla, Scrotum und Labia majora, doch kann sich die Affektion überall entwickeln, wo nur immer Knäueldrüsen vorhanden sind, also auf dem ganzen Integument. Die Ursachen der Entstehung des Leidens sind teils lokaler, teils allgemeiner Art. Unter den ersteren sind zu nennen Unreinlichkeit, Kälte, grobes Reiben, irritierende Medikamente, Parasiten etc. Als generelle Ursachen werden angeführt „Herpetisme", Dyspepsie, Obstipation, Hämorrhoiden, Pruritus, Scropheln, Kachexie und die verschiedenen fieberhaften Erkrankungen. Das Leiden befällt beide Geschlechter gleichmäfsig und ist häufiger bei jungen Leuten im ersten Mannesalter als am Anfang oder Ende des Lebens anzutreffen.

Eine histologische Untersuchung der Knötchen wurde nicht vorgenommen; vielmehr war der Schlufs, dafs die Affektion in den Knäueldrüsen lokalisiert sei, einzig und allein auf klinische Argumente gegründet worden. Ich brauche kaum noch hervorzuheben, dafs der moderne Pathologe die Berechtigung des VERNEUILschen Epithetons phlegmonös bei der von mir in Bezug auf ihre pathologische Anatomie geschilderten Krankheit kaum anerkennen würde.

Nach der ersten Beschreibung der Krankheit durch VERNEUIL erhielt dieselbe nur sehr spärliche oder gar keine Beachtung seitens der

---

[7] *Anatomie medico-chirurg.* 1855. pg. 793.
[8] *Elém. de Path. Chirurg.*, t. V. pg. 870. 1859.
[9] *Traité de la Suppuration et du Drainage Chirurg.* t. II., pg. 257, 590, 508, 1859.
[10] *Gazette hebdom.* t. IV. pg. 555. 1857.
[11] Loc. cit.
[12] Man braucht nicht Philologe zu sein um zu wissen, dafs das Compositum Hydradenite, Hydradenitis heifsen müfste. Richtiger wäre Idrosadenitis, von ἵδρως, der Schweifs, doch wäre dies zu schwerfällig.

Dermatologen im allgemeinen. Bazin hat allerdings, wie wir bereits gesehen haben, die Verneuilsche Auffassung für seine Syphilide gommeuse acceptiert. Der englische Übersetzer des Hebraschen Werkes sagt uns, dafs einzelne Teile desselben für die englische Ausgabe im Jahre 1866 vollständig umgeschrieben wurden, unter anderen auch das Kapitel V über Krankheiten der Hautdrüsen. Im einleitenden Absatz jenes Kapitels lesen wir aber, dafs die Schweifsdrüsen nur funktionellen Störungen unterworfen seien, denn „bis zur Zeit sei es nicht bekannt geworden, dafs die Schweifsdrüsen irgend welche Strukturveränderungen erleiden." Neumann widmet der Affektion nur zehn Zeilen. Kaposi (p. 160) fertigt den Gegenstand mit einem halben Dutzend Zeilen ab. Er erkennt dabei das Vorkommen der Krankheit als einer specifischen Affektion nicht an; das Befallenwerden der Drüsen ist nur ein Teil des allgemeinen Entzündungsprozesses in der Haut. Thatsächlich habe ich in der deutschen Litteratur nur eine einzige Beschreibung der Affektion entdecken können; dieselbe ist von Geber geschrieben und ist in dem Ziemssenschen Handbuch unter dem Titel „Entzündungen der Schweifsdrüsen" enthalten. Geber hält die Affektion für ganz verbreitet; doch betrifft seine Schilderung eine erkrankte Drüse aus der Gegend um den After, wobei die Affektion viele besondere Eigentümlichkeiten aufweist, z. B. den häufigen Ausgang in Fistula ani. Seine Beschreibung der pathologischen Anatomie stimmt mit der meinigen in Bezug auf die allgemeinen Verhältnisse allerdings überein, unterscheidet sich aber von derselben betreffs wesentlicher Details ganz beträchtlich. Wir finden bei ihm z. B. keine Erwähnung jener so augenfälligen Erscheinung der enormen Anzahl von Pseudo-Riesenzellen. Dies braucht uns aber nicht in Erstaunen zu versetzen, denn er erzählt uns, dafs die ersten Veränderungen, welche die entzündeten Schweifsdrüsen erleiden, nur zufällig bei der mikroskopischen Untersuchung anderer Hautpräparate beobachtet werden; denn an sich gäben sie durchaus keine Indikation zur Untersuchung. Kurz, man empfängt bei der Lektüre seiner Beschreibung unwillkürlich den Eindruck, dafs dieselbe vielmehr auf alllgemeine Grundsätze als auf faktische Beobachtung gegründet sei.

Erasmus Wilson[13] giebt die Verneuilsche Beschreibung mit einem Dutzend Zeilen wieder. Fox[14] giebt eine gute aber nur kurze Schilderung der Affektion, von welcher er mehrere Fälle gesehen hat. Crocker[15] beschreibt dieselbe kurz im Kapitel über Furunculosis. Seiner Erfahrung nach ist die Krankheit gewöhnlich „connected with hyperidrosis". Amerikanische Autoren haben diese Anomalie gänzlich unerwähnt gelassen oder besten Falles dieselbe mit einer dürftigen Notiz abgethan.

---

[13] *Diseases of the Skin.* 6th Ed. London. 1867. pg. 808.
[14] *Skin Diseases.* 3rd Ed. London. 1873. pg. 485.
[15] *Diseases of the Skin.* London. 1888. pg. 231.

Es scheint demnach, dafs diese Krankheit in Gefahr war aus unserer dermatologischen Nosologie gänzlich zu verschwinden, und selbst in Paris war die Affektion schon so sehr in Vergessenheit geraten, dafs sie bei einem kürzlich vorgekommenen, ausgeprägten Falle nicht diagnostiziert wurde. Meine Arbeiten über den hier mitgeteilten Fall waren so gut wie abgeschlossen und die beschriebenen Schlufsfolgerungen über dessen Wesen festgestellt, als die Arbeit von BARTHÉLÉMY[16] über Acnitis in meine Hände gelangte. BARTHÉLÉMY beschreibt drei Fälle, einen aus FOURNIERS, die beiden anderen aus BESNIERS Klinik, von einer Affektion, welche er für eine Art allgemeiner, disseminierter Folliculitis und Perifolliculitis hält. Seine ausgezeichnete klinische Schilderung stimmt in jedem einzelnen Detail mit der VERNEUILschen Beschreibung der Hydradenitis überein, und aus diesem Grunde allein kann man schon nicht den geringsten Zweifel hegen über das Wesen dieses Leidens, welches von BARTHÉLÉMY als eine bisher unbeschrieben gebliebene Krankheitsform publiziert wird. Seine Fälle sind von dem meinigen nur durch ihre gröfsere Intensität verschieden, indem die charakteristischen Knötchen über den gröfsten Teil des Integuments verstreut waren, und bei dem einen Falle sogar die Finger und die Plantarseite der Zehen befallen waren. Ein Auszug von BARTHÉLÉMYS Abhandlung ist in den *Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, Bd. XII. (1891) S. 546 mitgeteilt, und es ist deshalb eine Wiederholung an dieser Stelle unnötig. Wie es scheint, wurde die Diagnose der VERNEUILschen Hydradenitis in Erwägung gezogen und offenbar verworfen, ohne aber dafs eine Ursache hierfür angegeben wird. Bei der Beschreibung des einen Falles lesen wir, „da an dieser Stelle sich keine Talgdrüsen vorfinden (nämlich der Plantarfläche der Zehen), so wurde der Gedanke an Akne von Herrn BESNIER verworfen, und er dachte vielmehr an Hydradenitis, eine spezielle Entzündung der Schweifsdrüsen" (p. 16) — sonst ist aber weiter nichts über die Sache gesagt. Ich möchte mir die Vermutung gestatten, dafs jener ausgezeichnete Dermatologe durch die von SUCHARD mitgeteilte Schilderung der mikroskopischen Untersuchung eines Knötchens verführt wurde diese Diagnose zu stellen. Jenes Präparat war aber abhanden gekommen, bevor man die Histologie hatte irgendwie eingehender untersuchen können, und SUCHARD berichtete einfach, dafs das Knötchen ein aus Rundzellen bestehender, circumscripter Tumor gewesen sei, und dafs diese letzteren alle Gewebe der Haut ergriffen hatten. Über den Ausgangspunkt desselben konnte er aber keine Angaben machen.

Wenn man sich daran erinnert, dafs die VERNEUILsche Hydradenitis niemals histologisch untersucht worden war, so dürfte man wohl berechtigt

[16] *Annales de Derm. et Syph.* II, 1.

sein anzunehmen, dafs die Diagnose dieses Leidens auf Grund des SUCHARD-schen Berichts verworfen wurde.

Ein Knötchen, von einem der letzteren Fälle herstammend, wurde an DARIER zum Zwecke einer histologischen Untersuchung eingeschickt. Er fand, dafs die Neubildung aus Rundzellen bestand, welche namentlich an der Peripherie des Tumors zahlreich entwickelt waren und aus sehr zahlreichen epitheloiden Zellen, sowie aus einer grofsen Anzahl von Riesenzellen von verschiedentlicher Gröfse und Gestalt; einige derselben waren grofs und von typischem Aussehen mit körnigem Centrum und einem Kranz von Kernen, während andere kleiner waren, weniger Kerne enthielten und Ähnlichkeit mit epitheloiden Zellen hatten. Letztere hielt er für Riesenzellen im Stadium der Entwickelung. Der genauere Ausgangspunkt des Prozesses konnte nicht festgestellt werden, aber es schien, als ob die einzelnen Entzündungsherde, welche zusammen den ganzen Tumor ausmachten, um den unteren Teil eines Haarfollikels herum gruppiert waren. Es wurde angenommen, dafs die Affektion infektiösen Ursprungs sei, aber die Untersuchung auf Bacillen ergab ein negatives Resultat, und die Inokulation von Meerschweinchen mit dem frischen Eiter war ebenfalls erfolglos.

Schon aus dieser kurzen Skizze wird es ohne weiteres einleuchten (und es geht dieses noch weit deutlicher aus dem vollständigen Wortlaut der DARIERschen Beschreibung hervor), dafs das mikroskopische Bild nicht weniger als das klinische mit meinen eigenen Beobachtungen übereinstimmt. Wir weichen blofs in der Deutung der histologischen Ergebnisse von einander ab. Dafs der Vorgang für einen peri-follikulären gehalten wurde, ist ganz natürlich, denn die Schweifsdrüsen sind in der ganzen Umgebung und häufig in unmittelbarer Nähe der Haarfollikel lokalisiert. Ich bin überzeugt, dafs, wenn er wie ich das Glück gehabt hätte, Schweifsdrüsen anzutreffen, welche die beginnenden Veränderungen aufwiesen, so hätte ein so vorzüglicher Mikroskopiker, wie es mein Freund DARIER ist, sicher gar keinen Zweifel mehr gehegt über den Ursprung des Prozesses, und er hätte eine Erklärung für das eigentümliche Vorkommen von so auffällig vielen Riesenzellen bei einer akuten Entzündung somit auch gefunden.

Vor kurzem ist eine aus der KAPOSIschen Klinik stammende Abhandlung[17] unter dem Namen „Folliculitis exulcerans, eine bisher unbeschriebene Hautkrankheit" von LUKASIEWICS veröffentlicht worden, worin eine Affektion beschrieben wird, welche mit der den Gegenstand des vorliegenden Aufsatzes bildenden Erkrankung ganz auffällige Ähnlichkeiten aufweist. Eine 24jährige Frau zeigte auf ihren Armen und Beinen

[17] Ergänzungshefte zum *Archiv f. Derm. u. Syph.* Sept. 1891, II.

verstreute Gruppen von Läsionen, welche aus linsengroſsen, blaſsroten Knötchen bestanden. Einige derselben waren mit schuppiger Epidermis, andere mit Borken bedeckt, bei deren Entfernung ein rotes, granulierendes Geschwür mit mäſsig infiltrierten, erhöhten Rändern zu Tage tritt. Die Läsionen sind zum Teil isoliert, zum Teil in Plaques von zwei bis vier Centimeter oder mehr Durchmesser zusammengruppiert. Die Geschwüre entstanden durch die Auflösung der Knötchen und heilten nur langsam ab unter Hinterlassung von seichten Narben. Späterhin entwickelten sich ähnliche Knötchen an der Gegend um den Anus, über dem Tuber ischii und in der Genitocruralfalte. Auf der Mitte der Tibia traten später zwei scharf begrenzte, periostitische Knoten auf, welche von Schmerzen und Rötung der Haut begleitet waren; der eine derselben brach späterhin auf, entleerte Eiter und hinterlieſs eine Fistel, auf deren Grunde jedoch sich kein freiliegender Knochen vorfand. Syphilis wurde auf Grund einer sehr eingehenden Behandlung mit Quecksilberpräparaten und Jod ausgeschlossen.

Der zur Verfügung stehende Raum gestattet uns nicht, diesen interessanten Fall eingehend zu besprechen, und ich kann eigentlich nur auf die auffallende Ähnlichkeit, welche derselbe mit der von Bazin als Hydrosadenite scrofuleuse beschriebenen Affektion darbietet, verweisen. Bei der letzteren haben wir die nämliche Entwickelung flacher Geschwüre aus kutanen Knötchen, welche teils isoliert, teils gruppenweise vorkommen, manchmal Jahre lang andauern und keine Lymphdrüsenerkrankungen im Gefolge haben. Wer sich weiter hierfür interessiert, sei auf die Bazinschen Publikationen[18] verwiesen. Der Verfasser denkt bei der Differentialdiagnose seines Falles allerdings auch an Scrophulodermie, aber er bespricht nur diejenige Form, welche ihren Ursprung im subkutanen Gewebe hat — die „Écrouelle cellulaire" Bazins — ohne die „Écrouelle ganglionaire" oder Hydradenitis scrophulosa, welche nach Bazin in den Schweiſsdrüsen entsteht, zu erwähnen. Ebenso mag im Vorbeigehen bemerkt werden, daſs er die „Acnitis" Barthélémys unerwähnt gelassen hat, da er offenbar dessen Abhandlung nur einer oberflächlichen Durchsicht gewürdigt hat. „Wir betrachten diese Affektion als eine subakute Abart von Akne vulgaris" schreibt er (Seite 62). In der That, es muſs dies eine sehr eigentümliche Abart von Akne sein, welche auf der Planta pedis sich entwickelt, wo doch keine Talgdrüsen vorkommen!

Der Verdacht, daſs diese Folliculitis exulcerans eine Art Hydradenitis sei, erhält eine wesentliche Bestätigung durch die von Lukasiewics gegebene histologische Schilderung. Seine Beschreibung eines unversehrten

---

[18] *Leçons sur la Syphilis.* Paris. 1866. 2me Ed. pg. 363. *Leçons sur la Scrofule.* 1861. pg. 318 u. Obs. LV. pg. 590; auch im *Jrl. de Med. et de Chir.* t. 37. pg. 445. 1866.

Knötchens stimmt bis ins kleinste Detail mit den DARIERschen und meinen eigenen Beobachtungen überein mit der einzigen Ausnahme, daſs er ebenso wie DARIER bei keiner der Schweiſsdrüsen die beginnenden, parenchymatösen Umänderungen, welche ich beschrieben habe, beobachtet hat. Er glaubt, daſs die Affektion sowohl in den Schweiſs- als auch in den Talgdrüsen entsteht (eine eigentümliche pathologische Kreuzung), doch erwähnt er die Talgdrüsen nur insofern, als er sagt, daſs in einem frühen Stadium die hauptsächlichsten Veränderungen in ihrer Umgebung sowie in der Nähe der Haarfollikel und der Schweiſsdrüsen lokalisiert zu sein scheinen. Das scharf umschriebene Gewächs aus Rundzellen, epitheloiden und Riesenzellen bestehend, ist im Schweiſsdrüsengebiet lokalisiert und an einzelnen Stellen erscheint ein Teil eines Glomerulus am Rande des Tumors, welcher die Stelle des übrigen Restes des Knäuels eingenommen hat. Trotz alledem findet der Verfasser keinen Zusammenhang zwischen den Schweiſsdrüsen und der Entstehung der Anomalie, noch auch giebt er irgend eine Erklärung für das Vorhandensein einer so ungeheuren Anzahl von epitheloiden und Riesenzellen.

Im ganzen erweckt eine eingehende Betrachtung der LUKASIEWICSschen Abhandlung einen starken Verdacht, daſs die Folliculitis exulcerans KAPOSIS eine Abart der Hydradenitis sein wird.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Die Behandlung von Skrophulodermie und Lupus.

Von

H. G. BROOKE,
Manchester.

Voriges Jahr veröffentlichte ich im *British Journal of Dermatology* eine kurze Beschreibung einer Methode der Lupusbehandlung, welche sich als ein wertvolles Hülfsmittel bei solchen Fällen, die aus irgend welcher Ursache eine gründlichere Behandlung nicht zuliefsen, erwiesen hatte. Seit dieser Zeit habe ich die dort empfohlene Salbe bei einer gröſseren Reihe von Fällen gebraucht und bin in Folge dessen in der Lage präciser anzugeben, bei welchem Krankheitstypus dieselbe mit Erfolg angewendet werden kann.

Die folgenden kurzen Berichte mögen dazu dienen, die Grenzen von deren Wirkungskraft deutlicher zu schildern:

Fall I. — Herr W., 47 Jahre alt, kam am 5. Februar 1890 mit einem Lupusfleck ganz alten Datums zu mir. Derselbe nahm das ganze Ohr ein, erstreckte sich nach vorne über die untere Hälfte der Wange und endete mit einem Zipfel in der Nähe der Nase. Ferner fand sich ein Streifen gröfserer, prominenter Lupusmassen, die in einer Ausdehnung von drei bis vier Zoll Länge und einem halben Zoll Breite quer über den Hals eben oberhalb des Schildknorpels verliefen. Diese Läsionen hatten „viele Jahre" bestanden; doch wufste er nicht genau die eigentliche Dauer anzugeben. Das Ohrläppchen war, wie es schien, von lupösem Gewebe vollständig besetzt, und es bestand eine leichte Atrophie der Muschel. Das ganze Gebiet war von einem langsam wachsenden Wulste von Lupusknötchen umgeben; das Centrum war etwas atrophisch und mit typischen, gelblich-braunen Lupusmassen vollgepfropft, von welch' letzteren einige im Zustand der Entzündung und Verschwärung sich befanden.

Der Patient hatte sich irgend einer eingreifenden Behandlung noch gar nicht unterzogen. Vor 34 Jahren hatte er an Drüsengeschwüren am Halse auf derselben Seite gelitten, und obgleich er selbst ein frischer, kernig aussehender Mann war und sich im allgemeinen keiner schlechten Gesundheit erfreute, so waren doch anderseits seine Kinder ziemlich kränklich. Teils wegen neuerdings eingegangener Geschäftsverpflichtungen und teils, wie ich argwöhne, aus Furcht vor Schmerzen, wünschte er höchst dringend jeglichen operativen Eingriff zu vermeiden. Ich verordnete ihm deshalb die folgende Salbe sehr gründlich morgens und abends einzureiben:

℞ *Hydrarg. oleat.* (5 %)	28,0
Ichthyolis	0,5
Acid. salicylic.	0,6

Mf. Ungt.

Da diese Mischung sich als etwas zu stark erwies und in Folge ihrer dünnen Konsistenz seine Wäsche beschmutzte und unappetitlich aussah, so liefs ich dieselbe in schwächerem Verhältnis anfertigen und durch Zusatz von Zink und Stärkepasta verdicken, wobei ich so viel Bolus rubra Armenica und Umbra cruda zusetzen liefs, dafs das Resultat mit der Hautfarbe genau übereinstimmte: —

℞ *Zinc. oxydat.*	
Amyl. pulv.	ää 7,0
Vaselin. alb.	14,0
Hydrarg. oleat.	28,0
Acid. salicylic.	1,2
Ichthyol.	1,0
Ol. lavand. q. s.	

M. f. Ungt. colorat.

Wenn die erkrankten Stellen mit dieser Salbe gut eingerieben und

dann mit Kartoffelstärkemehl bestreut wurden, so war das Leiden vollständig verdeckt und war nur sehr wenig auffällig. Dieses Recept gebrauche ich jetzt immer, nur dafs ich je nach den Indikationen Änderungen in der Stärke z. B. Verminderung der Salicylsäure oder Vermehrung des Ichthyols vornehme.

Mit dieser Vorschrift war Herr W. ganz zufrieden und setzte die Behandlung sorgfältig fort. Es war eine entschiedene Besserung zu bemerken, indem das erkrankte Gewebe langsam zu verschwinden anfing. Im April traten an den Tuberkeln Eiterstellen auf und wurden gegen die Anwendung der Salbe empfindlich. Es wurde ein Gemisch von Zinksalbe, Schwefel und Quecksilbersulphid substituiert, worauf die Pustelbildung allmählich verschwand. Darauf kehrte er zu der ursprünglichen Verordnung zurück. Um den Heilungsprozefs zu beschleunigen, liefs ich von Beiersdorf ein Pflaster mit denselben Bestandteilen anfertigen; aber der Patient fand die dadurch bedingte Entstellung zu erheblich und kehrte wiederum zu der Salbe zurück. Im Anfang des Sommers dieses Jahres hatte ich die Absicht den Galvanokauter bei einigen der gröfseren Überreste von Tuberkeln in der Nasengegend anzuwenden; da aber um diese Zeit das Ohrläppchen sich erheblich kontrahiert hatte und fest, hart und unempfindlich geworden war, dabei die Läsion auf dem Halse fast vollständig abgeheilt erschien, so zog es Patient vor in der bisherigen Weise fortzufahren in der Hoffnung, dafs mit der Affektion auf der Wange schliefslich ein ebenso günstiges Resultat zu erzielen sein werde. In letzter Zeit hat er einige der übrig gebliebenen Knötchen nach Unnascher Vorschrift mit reiner Karbolsäure gepinselt, was eine weitere Besserung herbeigeführt hat.

Da das Krankheitsgebiet jetzt so wesentlich eingeengt worden ist so hoffe ich den Kranken demnächst dahin zu bringen, dafs er das noch übrig Gebliebene auf chirurgischem Wege entfernen läfst.

Fall II. — C. D., 19 Jahre alt, stellte sich am 26. Februar dieses Jahres im Hospital vor. Er gab an, seit acht Jahren an Lupus gelitten zu haben, ohne aber während der ganzen Zeit irgendwie wirksam behandelt worden zu sein, noch auch irgend einen wirklichen Versuch der Krankheit entgegen zu treten gemacht zu haben. Der linke Unterschenkel war vom Knie abwärts in einem Zustand hochgradiger Elephantiasis, so dafs dessen Umfang völlig doppelt so grofs war wie derjenige des normal entwickelten rechten Beins. Derselbe war von livider Farbe, prall ödematös und mit Lupusknötchen dicht bestreut. Der Fufs war ebenso entstellt, die dorsale Fläche der Zehen war mit den an dieser Stelle so häufig zu findenden, papillomatösen Gebilden bedeckt, und die Zehen waren verbogen und atrophisch. Auf der lateralen Seite oberhalb und unterhalb des Malleolus fanden sich ein halbes Dutzend papillomatöser Auswüchse,

welche in Himbeergröfse über das Hautniveau hervorragten. Die Nase war enorm hypertrophiert, sehr papillomatös und von intensiver, lividroter Farbe, und da diese Veränderungen sich auf beiden Seiten bis zu der „Rötungszone" erstreckten, so war ein Zustand wie bei einem deutlich entwickelten Rhinophym das Resultat. Lupusknötchen konnte man an dieser Stelle nicht unterscheiden, noch auch waren Ulcerationen zu finden; aber an den Augenwinkeln sah man skrophulöse Geschwüre, und über dem rechten Ramus war ein livides tuberkulöses Gumma durch die Haut durchgeeitert.

Die Prognose war demnach hier nichts weniger als günstig. Ich hatte bei früherer Gelegenheit zwei ziemlich ähnliche Fälle behandelt und nur sehr mittelmäfsige Resultate erzielt. Es schienen bei diesen beiden Fällen die ganzen Extremitäten mit lupösem Gewebe so vollständig imprägniert zu sein, dafs dasselbe von unten sofort wieder nachwuchs, sobald das krankhafte Gewebe auf der Oberfläche entfernt worden war. Beide Kranke aber waren Frauen im mittleren Lebensalter und hatten seit ihrer Kindheit an der Affektion gelitten, und es war in Folge dessen ihr ganzer Organismus durch langes Siechtum geschwächt, während in dem gegenwärtigen Falle der Patient ein junger Mann war, der zwar einen entschieden tuberkulösen Habitus darbot, aber trotz der Ausdehnung seiner Krankheit im übrigen kräftig und erheblicher körperlicher Leistungen fähig war. Da er vor kurzem erst für sich selbst ein Geschäft angefangen hatte, so war er durchaus nicht geneigt, irgend eine Behandlungsmethode zu unternehmen, welche vielleicht eine Unterbrechung seiner Arbeit bedingen würde. Um also wenigstens eine vorläufige, palliative Therapie eintreten zu lassen, verschrieb ich ihm dieselbe Salbe, die der vorherige Patient gehabt hatte, mit Zink, Stärkepasta, Quecksilberoleat, Salicylsäure und Ichthyol zweimal täglich gründlich einzureiben.

Am 26. Februar wurde mit der Behandlung angefangen. Am 5. März, als ich ihn wieder sah, war eine sehr deutliche Besserung bereits eingetreten. Am 2. April waren die erkrankten Teile zwar kleiner, waren aber durch die Salbe etwas gereizt worden, dieselbe wurde deshalb folgendermafsen abgeändert: —

R:	*Pasta zinci c. amyl.*	28,0
	Ichthyolis	1,5
	Ol. lavandul. q. s.	
	Fiat Ungt. colorat.	

Dieses hatte einen sehr günstigen Erfolg, indem die ganze Nase und Rötungszone viel blasser und weniger prominent wurde. Am 28. Mai wurde wieder mit der ursprünglichen Salbe angefangen. Am 17. Septbr. war die Besserung stetig und in ausgesprochenem Mafse vorwärts geschritten. Die Elephantiasis am Unterschenkel ist vollständig verschwunden,

und der Umfang desselben ist gar nicht gröfser als an der gesunden Seite; die Haut ist auch jetzt noch viel dicker als in normalem Zustand und zeigt zahlreiche, blasse Lupusknötchen, ist aber ganz blafs und biegsam. Die papillomatöse Wucherung an den Zehen ist wieder verschwunden, und letztere sind jetzt glatt, obgleich nicht ganz frei von Lupus. Der Fufs ist auch jetzt noch vergröfsert an Umfang, fühlt sich aber vollständig fest an; die isolierten, papillomatösen Gewächse unterhalb des Knöchels sind noch dort zu sehen, sind aber blafs, retrahiert und viel fester. An den Wangen ist die Granulationsgeschwulst verschwunden, die Nase ist jetzt noch vergröfsert aber doch sehr viel kleiner, fester anzufühlen, viel glatter und nicht röter als bei einer gewöhnlichen Rosacea. Die wunden Stellen an den Augen sind geheilt und verschwunden, und das tuberkulöse Gumma hat nur eine einfache, erhabene, lineare Narbe hinterlassen. Der Kranke hat keine internen Medikamente bekommen, und seine Diät ist unverändert die gewöhnliche geblieben. Er hat seine Beschäftigung des Milchverkaufs in den Strafsen eines dicht bevölkerten Fabrikteils der Stadt fortgesetzt, und nach den ersten paar Wochen ist er vollständig frei von Schmerzen gewesen.

Fall III. — Herr S., 42 Jahre alt, konsultierte mich im Januar 1890 wegen einer Anhäufung skrophulöser Hautgummata, welche in breitem Streifen von einem Ohr zum anderen über die vordere Halsfläche sich erstreckte. Es waren einige Heilungsversuche gemacht worden, wie aus dem Vorhandensein einiger häfslicher, eingezogener und überbrückter Narben hervorging; aber zu dieser Zeit war die ganze Kette akut entzündet, und es fanden sich mehrere Fisteln und offene Geschwüre dabei. Es handelte sich hier, kurz gesagt, um einen typischen Fall von „skrophulöser Adenitis.“ Die seitlichen Halsdrüsen, sowohl die tiefliegenden als auch die oberflächlichen, waren vergröfsert aber nicht entzündet.

Patient war ein grofsgewachsener, dünner Mann von abgelebtem Aussehen, aber er behauptete bestimmt, dafs er abgesehen von diesem Leiden vollständig gesund sei, dafs er in seinem ganzen Leben keinen einzigen Tag die Arbeit in Folge von Krankheit habe versäumen müssen, und dafs er bis vor sieben Jahren nie eine einzige Schwellung oder eine Geschwürsbildung irgend welcher Art gehabt habe. Er habe damals in der Nähe des rechten Ohres eine rote Anschwellung bemerkt; dieselbe sei erweicht und aufgegangen und habe bald andere im Gefolge gehabt, bis allmählich die Verbindungskette vollständig geworden sei. Während der ganzen Zeit hatte er viel und verschiedenerlei Behandlung gehabt. Hereditäre Verhältnisse sind gut. Ich liefs ihn folgende Pasta einreiben:

℞ *Pasta zinci c. amylo*	
Hg. oleatis (5 %)	ää 28,0
Acid. salicylic.	1,8
Ichthyolis	2,0

Die Fisteln sollten mit Gazestreifen mit Jodoform und Glycerin ausgestopft werden. Wegen des unästhetischen Aussehens der Affektion pflegte der Patient dieselbe stets mit Lint und einem seidenen Tuche zu bedecken. Am 7. Juni wurde ihm wegen der Drüsenschwellung am Halse Liq. calcii chlorid. 1,5 ter die sumend. verschrieben. Die Fisteln waren alle geschlossen mit Ausnahme einer einzigen tiefen und engen. Da der Kranke sehr weit entfernt wohnte und nicht imstande war so oft zu kommen, dafs die Behandlung eine sichere Aussicht auf Erfolg darbieten konnte, so heilte diese letzte Fistel trotz Anwendung von scharfem Löffel und Ätzmitteln nicht vorm September richtig aus. Im Oktober war das tuberkulöse Gewebe soweit verschwunden, dafs ich die alten überbrückenden Narben abtragen konnte und einige andere unansehnliche und eingezogene Stellen skarifizierte. Am 12. November wurde ihm, da er etwas anämisch und von übermäfsiger Arbeit erschöpft zu sein schien, eine tonisierende Mixtur mit Eisen, Chinin und Strychnin verschrieben, und dabei das Calciumchlorid mit der Salbe inkorporiert:

℞ *Lanolin*	
Hydrarg. oleat. (5 %)	ā 14,0
Acid. salicylic.	0,9
Calc. chlorid.	1,8
Aq. rosae	28,0

Vor Weihnachten sah ich ihn wieder und fand, dafs das ganze tuberkulöse Gewebe vollständig verschwunden und durch eine feste, sklerosierte Narbe wie nach einer Verbrennung ersetzt war. Im Februar dieses Jahres trat ein kleines Recidiv an der ursprünglichen Narbe in der Nähe des rechten Ohres ein. Es wurde eine kleine Menge brüchigen Gewebes ausgekratzt, und die dadurch entstehende geringe Wunde wurde mit Aristol ausgefüllt. Heute (20. September) stellte er sich wieder vor. Seitdem die Wunde sich geschlossen hatte, was nicht lange auf sich warten liefs, hatte er entgegen meiner ausdrücklichen Anweisung jegliche Behandlung vollständig ausgesetzt. Die Folge dieser Unterlassung war die, dafs das ursprüngliche Geschwür und eine kleine Masse unmittelbar oberhalb des Schildknorpels sich wieder vergröfsert hatten und secernierten. Dieselben wurden darauf ausgelöffelt und mit einer Auflösung von Jodoform in einer ätherischen Lösung von Tr. benzoës compos. nach einem Recept meines Kollegen Herrn Walter Whitehead ausgepinselt. Das Einreiben der Salbe soll fortgesetzt werden, bis alle Spuren dieser zwei Läsionen verschwunden sind. Die übrigen Narben sind fest.

Fall IV. — A. T., 16 Jahre alt, ein schwächlicher, anämischer Knabe, dessen Zustand mit demjenigen des letzten Patienten grofse Ähnlichkeit hatte, aber einen höheren Grad der Affektion darstellte. Es bestanden mehrere Fisteln von Zolllänge und darüber nebst einer ganzen Ansammlung von borkenbedeckten und ulcerierten Substanzverlusten; in eine derselben

am Halse ragte eine Drüse geradezu hervor und sah nach Form und Gröfse genau wie eine Kirsche aus. Das Ganze wurde durch Auflegen von Creolinkompressen einige Tage hindurch zunächst gereinigt, worauf die auf Lint gestrichene Salbe aufgelegt wurde. Die Fisteln wurden ausgekratzt und täglich mit einer 1 ‰ Sublimatlösung ausgespritzt. Innerlich wurde Jodeisen mit Chlorcalcium verabreicht. Es trat bald eine nachweisliche Besserung ein. Die Fisteln schlossen sich und das entzündliche Neugebilde wurde resorbiert; selbst die Drüse verschwand wieder, und das Geschwür heilte gut ohne irgend welche chirurgische Beihülfe. Da es anfangs unmöglich war, die Salbe mittelst Reibens zu applizieren, so wurde dieselbe in der gewöhnlichen Weise auf Lint aufgelegt. Wie es mit derartigen Patienten zu gehen pflegt, fing er an, sobald die Krankheit so weit sich gebessert hatte, dafs er davon keine Beschwerden mehr hatte, die gegebenen Vorschriften zu vernachlässigen, was das übliche Resultat zur Folge hatte. Eine zweite Kur liefert jetzt wiederum günstige Resultate, und einige Narbenteile, welche von der ersten Attacke zurückgeblieben waren, scheinen absolut fest geworden zu sein, während andere in erfreulichem Verschwinden begriffen sind. An einigen Stellen hatte sich ein bifschen Lupus entwickelt, war aber auf das Gebiet der tuberkulösen (skrophulodermatischen) Neubildungen beschränkt geblieben.

Diese Beispiele lassen erkennen, bei welchen Formen die Einreibung mit dieser Salbe am meisten Wert hat. Die Wirkung ist am ausgesprochensten bei den Geschwülsten und Geschwüren der Skrophulodermie, doch ist der Erfolg auch bei denjenigen sehr deutlich, bei denen der Lupus sich auf einer skrophulodermatischen Basis entwickelt hat. Beim reinen Lupus ist die Wirkung ganz entschieden eine schwächere, namentlich dort, wo sich erhebliche Sklerosierung oder altes Narbengewebe vorfindet. Thatsächlich bediene ich mich auch des Mittels niemals, wenn die Krankheit in Form von einfachen, gelb-braunen Knötchen ohne erkennbare Entzündung auftritt, es müfste denn sein, dafs ich die Salbe blofs zur zeitweiligen Behandlung oder als Ersatz gebrauche. Aber selbst bei einigen von diesen Fällen ist das Mittel von Nutzen, wenn Zeitersparnis von geringerer Wichtigkeit ist als die Unterbrechung der Arbeit. Von den oben angeführten Patienten z. B. hat kein einziger auch nur einen Tag lang die Arbeit unterbrochen.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Korrespondenz.

Honolulu, September 1891.

(Brief von Dr. Adolf Lutz.[1])

Mit 2 Abbildungen.

Ich wende mich nun zu den durch Fadenpilze hervorgerufenen Hautaffektionen, für welche sich hier ein ziemlich günstiges Feld bietet. Zwar habe ich weder Favus, noch Herpes tonsurans capillitii gesehen, dafür sind aber andere Dermatomycosen um so häufiger. Da die Fadenpilze zu ihrer Vegetation in der Hornschicht einer ziemlichen Quantität Feuchtigkeit bedürfen, so erklärt es sicht leicht, dafs Pityriasis versicolor nur bei Menschen vorkommt, welche häufig schwitzen. Bei beständigem Verweilen im überfüllten Zwischendeck während einer stürmischen Seereise, Tragen von warmem Unterzeug bei hoher Lufttemperatur, ungewohnter körperlicher Anstrengung auf offenem Felde oder Beschäftigung im warmen Maschinenraum einer Zuckersiederei habe ich mehrmals akute Entstehung und Ausbreitung derselben gesehen. Dabei sind häufig Hals und Extremitäten, nur selten auch das Gesicht befallen.

Dafs das warme und feuchte Klima, welches hier im allgemeinen herrscht, dem Auftreten der Pityriasis versicolor günstig sein mufs, ist klar, und in der That sehen wir dieselbe in der arbeitenden Bevölkerung, nicht selten bei Weifsen, noch öfters bei Hawaiiern und ganz besonders häufig bei Japanesen, welche freilich die Affektion meistens schon aus ihrer Heimat mitbringen. Aber auch Erythema marginatum wird entschieden durch Schwitzen begünstigt; dasselbe wird ziemlich häufig bei Hawaiiern — sowohl Männern als Frauen — getroffen; aufserhalb der Achselhöhlen und Genitocruralfalten habe ich auch einigemale typische Flecke desselben bis zu Thalergröfse an Bauch, Rücken und Oberschenkeln gesehen. Dieselben unterscheiden sich klinisch ganz entschieden von Herpes tonsurans und trotz der morphologischen Ähnlichkeit der Pilze vermag ich an eine Identität derselben nicht zu glauben. Allerdings glaube ich auch nicht, dafs alle Fälle von Herpes tonsurans durch Pilze hervorgebracht werden, welche mit demjenigen des Herpes tonsurans capillitii identisch sind; es liefse sich sonst nicht recht verstehen, warum mancherorts (z. B. hier in Hawaii) die Haut häufig befallen sein sollte, während der Haarboden stets frei bliebe. Übrigens kommen auch Hautaffektionen vor, welche dem Herpes tonsurans sehr ähnlich sehen und bei

[1] Fortsetzung von S. 34 in No. 1 dieses Bandes.

denen wiederholte sorgfältige Untersuchung keine Pilze nachweist, wie ich einmal an mir selbst beobachtete; sie scheinen auch mit Pityriasis rosea nicht identisch zu sein. Ich glaube, dafs noch viele sorgfältige Züchtungs- und Übertragungsversuche unter Herbeiziehung der Tierkrankheiten[1] nötig sein werden, um in dieses Kapitel die nötige Klarheit hineinzubringen; vor der Hand halte ich es entschieden nicht für gerechtfertigt, klinische Verschiedenheiten (wie Befallenwerden oder Freibleiben der Haare, centrales Abheilen oder Persistieren der Mycose) zu Gunsten scheinbar übereinstimmender Pilzbefunde zu vernachlässigen.

Zu den Dermatomycosen, welche klinisch so gut charakterisiert sind, dafs nur, wer dieselben nie gesehen hat, an ihrer Specificität zweifeln kann, gehört der von MANSON als Tinea imbricata beschriebene „Tokelau-Ringworm". Ein Blick auf die beigesandte Photographie wird Ihnen dies bestätigen, obgleich dieselbe nicht so scharf ausgefallen ist, wie ich wohl wünschen möchte. Die Krankheit wird unter der einheimischen Bevölkerung nicht gefunden und ich verdanke die Beobachtung nur einem Glücksfall. Da hier zuweilen Eingeborene von den anderen Südseeinseln herkommen, so fahndete ich schon lange auf einen solchen Fall, und als ich den Patienten mit einer mir ganz neuen Hautaffektion sah, vermutete ich sofort einen Fall von Tokelau-Ringworm. In der That stellte sich denn auch bald heraus, dafs der Patient wirklich von den Tokelauinseln stammte und er bestätigte mir auch im allgemeinen die in dem Lehrbuche von HIRSCH gemachten Angaben über die Verbreitung der Krankheit daselbst.

An Stelle von roten Kreisen, Bläschen und Schüppchen sieht man bei dem Kranken grofse, zusammenhängende Hautflächen mit dicken grauen Schuppenmassen bedeckt. Die einzelnen Schuppen lassen sich schwer ablösen, weil sie mit der Unterlage fest verwachsen sind und zwar, wie

[1] Ich habe auch hier wieder einen Fall von Herpes tonsurans corporis gesehen, bei welchem höchst wahrscheinlich Übertragung vom Hund auf den Menschen stattgefunden hatte.

Manson beschreibt, mit der Mitte. Doch tritt die eigentümliche rosettenartige Anordnung der Schuppen nur an frisch befallenen Hautstellen deutlich hervor oder wenn sich Recidive einstellen.

Die Pilze sind in den Schuppen nicht sehr leicht nachzuweisen; hat man aber erst gelernt sie zu sehen, so findet man sie sehr zahlreich. Es sind lange blasse Hyphen, welche sich durch viele Gesichtsfelder hinwegziehen und gröfstenteils aus fast viereckigen Conidien bestehen. Ihre isolierte Färbung gelingt schwer, da sie die Farbe schlecht annehmen und verhältnismäfsig leicht wieder abgeben. Die Schuppen selbst sind für die einfache Untersuchung etwas zu dick und sehr undurchsichtig, so dafs eine starke Aufhellung nötig wird.

Nachdem ich früher mehrere der bekannten Behandlungsmethoden bei Pityriasis versicolor mit nur mäfsigem Erfolge gebraucht hatte, erzielte ich neuerdings stets gründliche Heilung entweder durch Anwendung von Jodtinktur (bei farbigen Patienten), oder durch eine Salbe mit 20 % Schwefel und 10 % Salicylsäure. Beide Behandlungsweisen erwiesen sich beim Tokelau-Ringworm als wirksam; das ziemlich intensive Jucken verschwand bald und die Haut glättete sich unter kolossaler Abschuppung. Es erfolgten aber an mehreren Stellen gleichzeitig Recidive, als Patient die Behandlung einstellte. Ein definitive Heilung wird daher wahrscheinlich nur durch sehr lange und sorgfältige Behandlung erreicht werden können.

Bevor ich dieses Kapitel verlasse, möchte ich noch einige Worte über das Verhalten der Pityriasis versicolor bei farbigen Racen sagen Bei dieser Mykose bildet bekanntlich der Pilz einen zusammenhängenden Rasen an der Hautoberfläche, welcher eine gelbrötliche Farbe zeigt. Es ist dies die Eigenfarbe des auf einer hellen Unterlage liegenden Pilzes, dessen Mycelien bedeutend blasser sind als die oft sehr reichlichen traubigen Sporen. Durch ihre gröfsere oder geringere Anzahl wird die wechselnde Färbung erzeugt, wozu namentlich in akuten Fällen auch etwas Injektion der Haut kommen kann.

Bei den gefärbten Racen und zwar schon bei den Japanesen ist dieses Bild ein ganz anderes, wie sie auf der beigesandten Photographie eines Kanakermädchens sehen. Die Krankheit, hier „Kane" genannt, macht im Gegenteil weifse, bei sehr reichlicher Sporenbildung grauliche Flecke. Dieselben persistieren während der Behandlung noch monatelang, während, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, der Pilz verschwunden ist; es ist sehr wichtig, dies zu wissen, da weifse Flecke auf der Haut in einem Lepragebiet kein gleichgültiges Ding sind.

Exstirpiert man nun ein Stück dieser Haut, so findet man, dafs das Pigment an dieser Stelle keineswegs fehlt, und ähnliche Beobachtungen kann man auch häufig an blassen leprösen Efflorescenzen machen. Zur

Erklärung dieser Thatsache empfehle ich den folgenden Versuch: Man bedecke an der Rumpfhaut eines Farbigen einige Stellen längere Zeit mit irgend einer für Licht undurchlässigen Substanz, z. B. dickem Heftpflaster, und man wird finden, dafs diese Stelle in der Färbung zurückbleibt und sich nur langsam wieder pigmentiert, wenn das Pflaster weggelassen wird.

Die Konsequenz aus diesen Erfahrungen ist leicht zu ziehen. Das Hautpigment kann in einer ungefärbten und einer gefärbten Modifikation existieren; letztere wird gewöhnlich durch Bestrahlung mit actinischem Lichte aus der ersteren hervorgebracht und zwar vollzieht sich an der meist bedeckten Körperhaut dieser Vorgang sehr langsam. Der Pilzrasen bei „Kane" wirkt teils durch Reflektion, teils als Lichtfilter und läfst die Pigmentierung zurückbleiben, welche bei seltener Bestrahlung mehr als ein halbes Jahr nach Entfernung der Pilze noch nicht ausgeglichen ist.

Hier haben wir endlich auch die Erklärung für ein anderes Faktum. Wie jeder weifs, der einmal farbige Frauen entbunden hat, kommen deren Kinder mit weifser Haut zur Welt. Es gilt dies nicht nur von den Negern, sondern auch von den Kanakern. Dabei können indessen an einzelnen Stellen (z. B. am Scrotum) deutliche Pigmentierungen existieren. An den anderen Körperteilen tritt die Dunkelfärbung nur sehr allmählich ein. Da nun das Pigment in der Haut des Neugeborenen nachgewiesen ist, so ist es offenbar nur die Schuld des als vollständig lichtdichtes Dunkelzimmer wirkenden Uterus, wenn dasselbe nicht sichtbar ist. In der exstirpierten Haut kann das Pigment leicht sichtbar werden, da es dem Lichte und meist auch anderen Einflüssen reichlich ausgesetzt ist.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Auf der VI. polnischen Naturforscherversammlung (17.—21. Juli 1891) sprach Kamocki über die **Farbenreaktionen der hyalinen Degeneration**, die er an der Conjunctiva angestellt. Konzentrierte Salzsäure oder Kalilauge lösen die hyaline Degeneration auf, während schwache Säuren und Basen sie nicht angreifen; Säurefuchsin färbt sie purpurn, die Russelsche Methode rot. Nach Gram und Weigert ist sie ebenfalls färbbar.

Hieran schlofs sich ein Vortrag von Oberzut, welcher über die **Histogenese der kolloiden, amyloiden und hyalinen Degeneration** sprach. Der Vortragende will von einer „Degeneration" nichts wissen, da das Gewebe bei diesem Vorgange sich nicht in kolloide, amyloide oder hyaline Substanz verwandelt, sondern es findet eine Ablagerung von diesen drei Substanzen in die Gewebe statt. Einer Degeneration verfallen nur die roten Blutkörperchen, aus deren Zerfallsprodukten dann die drei Substanzen entstehen sollen. (!) *P. Taenzer-Bremen.*

Die Wachspaste (Pasta cerata), von C. L. Schleich. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1891. No. 98.) Durch Mischung von gelbem Bienenwachs und Wasser (die Art und Weise der Zubereitung hält V. geheim) kann man eine Paste herstellen, welche auf Hautkrankheiten oder Wunden gestrichen, einen luftabschliefsenden, aseptischen Verband liefert, den man durch Auflegen eines dünnen Watteflaumes (ähnlich wie bei den Unnaschen Leimen) noch haltbarer und fester anhaftender machen kann. Die Paste läfst sich mit allen Medikamenten mischen, verdeckt den Jodoformgeruch absolut und läfst sich mit Wasser abwaschen, resp. von Schorfen leicht abheben. Setzt man wasserentziehende Medikamente hinzu, wie z. B. Zinkoxyd, Quecksilberoxyd, Säuren etc., so empfiehlt es sich die Paste mit gleichen Teilen Vaselin zu vermischen. Hauptsächlich zu verwenden ist die Paste bei Verbrennungen (1. u. 2. Grades), frischverklebten Wunden, Granulationen, Ekzemen, Ulcus cruris etc., mit Medikamentenzusatz bei Akne, Dermatitis tuberculosa, Sykosis etc. *P. Taenzer-Bremen.*

Über Ichthyol, ein Beitrag zur Therapie, von Croustoun Charles. (*Lancet* 26. Sept. 1891.) Verf. veröffentlicht die zahlreichen, durchweg günstigen Erfolge, die er bei allen möglichen Hautkrankheiten mit der äufseren und inneren Anwendung des Ichthyols erzielt hat. Ob sie alle einer strengen Kritik standhalten, bezw. dem Ichthyol allein zufallen, ist eine Frage für sich; jedenfalls liefert die Mitteilung den Beweis, dafs Ichthyol in vielen Fällen in Anwendung gezogen zu werden verdient.
F. Hahn-Bremen.

Ein Stückchen persönlicher Erfahrung über den Wert des Arseniks, von L. D. Bulkley. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, Dezbr. 1891.) Verf. hat im Verlaufe der letzten zwei bis drei Jahre sechsmal einen vesikulösen, juckenden und höchst quälenden Ausschlag an den Händen gehabt, welcher zwar in mancher Beziehung an Ekzem erinnerte, aber nicht eigentlich als ein solches diagnostiziert werden konnte. Die ersten Attacken dauerten bei verschiedentlicher Behandlung bis zu fünf Wochen; bei einer ziemlich ausgiebigen Darreichung von Liq. arsenic. Fowler (alle 2 Stunden 5 Tropfen mit reichlichem Wasser) trat dagegen sofort Linderung der subjektiven

Beschwerden und im Verlauf von zwei bis drei Tagen auch objektive Heilung ein. Die Affektion sei wahrscheinlich neurotischen Ursprungs gewesen. Der Fall ist mitgeteilt zur Bestätigung der auch sonst vom Verf. hervorgehobenen günstigen Wirkung wiederholter und grofser Dosen von Arsenik. *Philippi-Nieheim.*

Das Epilieren und dessen Wirkungsgebiet in dermato-therapeutischer Beziehung, von J. Zeisler. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, Dezbr. 1891.) Die von Wertheim vor nunmehr 30 Jahren empfohlene Methode ist neuerdings mehr oder weniger diskreditiert worden, wie Z. meint, mit Unrecht. Er hält das Verfahren für aufserordentlich nützlich bei den folgenden Affektionen: Sycosis (nach Bockhart richtiger S. coccogenes genannt), Sycosis capillitii und vibrissarum, Favus, Tinea tonsurans, Tinea sycosis, Ekzema pustulosum und Alopecia areata. Bei letzterer Affektion hat Verf. nach dem Vorgang Besniers die Grenzgebiete der kahlen Stellen epiliert und dabei Heilungen im Laufe von sechs Wochen bis zu drei Monaten erzielt Allerdings giebt er zu, dafs das Rationale dieser Therapie bei der Area Celsi nicht ganz klar ist. Beim Ekzema pustulosum oder sycosiforme hat er ebenfalls bei mehreren Fällen aufserordentlich günstige Resultate davon gesehen. Auf eine richtige Technik komme allerdings auch bei dieser an sich unscheinbaren Operation viel an. *Philippi-Nieheim.*

Traumatische Entzündungen.

Die antiseptische Behandlung von Verbrennungen, von A. E. Maylard. (*Glasgow Med. Journ.*, Januar 1892.) Es wird für alle Verbrennungen, mögen dieselben ersten, zweiten, dritten oder vierten Grades sein, empfohlen: nach sorgfältiger Desinfektion der betroffenen Teile mit warmer Sublimatlösung (1 : 2000) wird zunächst auf die Haut ein Stück perforierter Protective silk aufgelegt, darüber kommt ein in Sublimatlösung getränktes Stück Lint (oder Borlint); hierauf Guttaperchapapier, dann Gamgee Verbandzeug ebenfalls mit Sublimat imprägniert und eine das Ganze befestigende Binde. Verbandwechsel ist oft erst nach mehreren Tagen nötig. Über sechs so behandelte Fälle wird kurz referiert. *Philippi-Nieheim.*

Dermatitis nach dem Gebrauch von Resorcin, von A. Ravogli. (*Cincinnati Lancet-Clinic.*, 5. Septbr. 1891.) Neben recht günstigen Resultaten bei verschiedenen Affektionen (Ekzem, Impetigo contagiosa, Seborrhoe) hat Verfasser auch ein paar Mal sehr heftige Dermatitis bei der Anwendung von Resorcin beobachtet. Er teilt vier von seinen zahlreichen Fällen mit. Das Mittel war teils als Salbe, teils als spirituöse Lösung von geringer Concentration verwendet worden. Es trat eine akute Entzündung der Haut mit Oedem, Blasenbildung, intensiver Rötung und Sekretion seröser Flüssigkeit auf. Irgend eine greifbare Ursache dieser Idiosynkrasie war nicht zu konstatieren. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von Bromausschlag und über ringförmige, knotenförmige Syphilide, von R. W. Taylor. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, Dezbr. 1891.) Bericht über zwei Exanthemfälle, welche gewissermafsen Gegenstücke zu einander bilden, und deren Unterscheidungsmerkmale auf den beigegebenen Lichtdruckbildern sehr gut dargestellt sind. Der eine Fall betrifft einen Knaben mit jener Form des Bromausschlags, den Seguin als Ulcus elevatum bezeichnet; es fand sich hierbei im Gesicht und an den Beinen zunächst eine follikuläre Hyperämie ein, worauf bald Papeln folgten, welche ihrerseits pustulös werdend konfluierten und zu erhöhten, ziemlich umfangreichen borkenbedeckten Geschwüren mit papillomatösem Grund führten.

Die zweite Tafel zeigt einen Fall von tuberösem, annulärem Syphilid bei einem 25jährigen Manne. Die klinischen Erscheinungen dieser immerhin durchaus nicht häufigen Affektion sind im beigegebenen Text ausführlich besprochen.

Philippi-Nieheim.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Bemerkungen über die Diagnose und Therapie der infektiösen Formen des Ekzems, von A. Eddowes. *(Brit. med. Journ.*, 19. Dezbr. 1891.) Verf. bespricht kurz die hauptsächlichsten diagnostischen Merkmale des Ekzema seborrhoicum, scabiosum und des Ekzems um die mit Schleimhaut bekleideten Orificien. Er schliefst sich dabei ziemlich bedingungslos an die von Unna vertretene Auffassung an, sowohl in Bezug auf die Definition des Begriffes des Ekzems, auf die Bedeutung der Seborrhoe, die Entstehung eines Ekzems durch den Einfluſs von Tuberkelbacillen als auch in Bezug auf die Therapie, bei welcher er namentlich auf den Wert der Zinkgelatine und des Resorcins hinweist. *Philippi-Nieheim.*

Rheumatismus und Gicht als ätiologische Momente beim Ekzem und die Behandlung dieser Leiden, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Clinique*, Oktbr. 1891.) Verf. bekennt sich als entschiedenen Anhänger der Lehre von dem Zusammenhang zwischen Gicht und Rheumatismus einerseits und Ekzem anderseits. Er begründet seine Ansicht teils mit den Ergebnissen der Litteratur, teils mit seinen eigenen Beobachtungen über die Haut gichtischer Individuen. Dieselbe sei schlaff, unelastisch, von mehr gelblicher Farbe und zeige eine Verlangsamung der capillaren Circulation. Ferner zeigen Ekzemkranke gröfstenteils ein Überwiegen von Säuren sowohl im Magensaft als auch im Urin. Therapeutisch empfiehlt V. namentlich die von Garrod angewandte Behandlung des Rheumatismus mit Lithiumsalzen in starker Verdünnung. Grofsen Nutzen hat er von folgendem künstlichem Mineralwasser gesehen = R. Lithii carbonic. 0,78. Magnes. bicarbonic. 0,6. Kalii bicarbonic. 0,96. Natr. chlorat. 0,6. Aq. carbonic. 448,0 S. Täglich zu nehmen. *Philippi-Nieheim.*

b. *der Cutis.*

Die Ätiologie des weichen Schankers, von R. W. Taylor. *(Med. News.*, 5. Dezbr. 1891.) Wie in früheren Publikationen wendet sich Verf. auch hier mit Entschiedenheit gegen die Auffassung, dafs das Ulcus molle durch ein specifisches Virus sui generis entstehe. Vielmehr stelle dasselbe einfach ein septisch infiziertes Ulcus dar, welches auch ohne irgend welche Berührung mit anderen an Schankern leidenden Menschen entstehen kann. Die Bakteriologen haben dementsprechend auch nichts weiter darin bisher finden können als Staphylococcus pyogenes albus und aureus und wohl auch Streptokokken. Verf. teilt eine Reihe von interessanten Krankengeschichten mit, bei denen die Entstehung der typischen Geschwüre durch Berührung mit anderen Kranken sicher ausgeschlossen war. Namentlich macht er auf die Bedeutung des Herpes progenitalis für die Entwickelung derselben aufmerksam; ferner sieht man sie als Folge der Kohabitation mit Frauen mit virulentem Cervikalausfluſs, und bei langdauernder Syphilis entwickeln sie sich als Folge beliebiger Verletzungen der Schleimhaut sehr leicht. Bei ganz alter, inveterierter Syphilis sieht man sie als chronische, oft wenig beachtete, weil schmerzlose Läsionen. Kurz, der Ausspruch Fourniers, es könne der weiche Schanker ganz und gar aus der Welt

geschafft werden, wenn jede damit behaftete Person bis zur Heilung sich der Berührung mit gesunden Individuen enthielte, ist als durchaus unhaltbar zurückzuweisen. *Philippi-Nieheim.*

Notiz über Pemphigus vegetans, von J. N. Hyde. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, Novbr. und Dezbr. 1891.) Ausführlicher Bericht über einen typischen Fall dieser Affektion, der erste welcher in Amerika veröffentlicht worden ist. Derselbe betrifft eine 32jährige Dame, Mutter zweier gesunder Kinder, und hatte zur Zeit der Publikation etwa 6 Monate unter abwechselnder Besserung und Exacerbationen bestanden. Ob die Patientin schliefslich genesen werde, schien trotz günstigster äufserer Verhältnisse noch sehr zweifelhaft. Die Therapie bestand vornehmlich in protrahierten, warmen Bädern, ferner in der Darreichung von Eisen und Arsenik, sowie im Gebrauch von Zinkoxyd, Schwefel, Kalomel, Lykopodium, Stärkemehl etc. Jodpinselungen scheinen nicht versucht worden zu sein. Aus dem Inhalt der Blasen wurden ein Bacillus und ein Kokkus gezüchtet; dieselben zeigten aber nichts Charakteristisches. Verf. tritt für Beibehaltung des Neumannschen Namens bis zur vollständigeren Sicherstellung der (vielleicht neurotischen) Ätiologie ein; eventuell mit dem weiteren Epitheton marginatus, gegenüber der von Unna vorgeschlagenen Benennung als Erythema vegetans bullosum. *Philippi-Nieheim.*

Idioneurosen.

Zur Behandlung des Pruritus ani, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Juli 1891.) Die Behandlung des Pruritus ani ist eine teils allgemeine teils lokale. Erstere erstreckt sich auf die Sorge für regelmäfsige Stuhlentleerung, gesunden Schlaf, Beseitigung gastrischer Störungen und Stärkung des Nervensystems. Als tonisierende Mittel empfiehlt Verf. den Syrupus hypophosphit. cps. Fellows, ferner Liq. kal. arsenic. (10,0) mit Vin. ferr. (120,0) theelöffelweise in Wasser nach jeder Mahlzeit zu nehmen oder Pillen von Strychnin. sulphuric. (0,06) mit Ferr. reduct. und Chinin. sulph. (ā 3,75) zu 60 Stück verarbeitet, wovon dreimal täglich eine zu nehmen.

Als lokale Mittel empfiehlt sich nebst der Beseitigung etwaiger Hämorrhoiden, Fissuren, Würmer etc. die Applikation von reinem Kreosot trotz der dadurch verursachten Schmerzen. Daneben gebraucht V. Waschungen mit Sublimat, Karbolsäure und Ammonchlorat in Lösung mit Aq. rosarum und Glycerin oder auch Chlorophenique. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Das Operationscystoskop. Vorläufige Mitteilung von Max Nitze. (*Centralbl. f. Chir.* 1891. No. 51.) Verf. hat an seinem Cystoskop eine Vorrichtung angebracht, mittelst welcher er unter direkter Kontrolle der Augen in der Blase operieren kann. Je nach der Art der Erkrankung kann eine Zange, ein Schlingenschnürer, ein Galvanokauter eingeschaltet werden. Die Instrumente sind so beschaffen, dafs sie sich fest an den Schnabel des Cystoskops anlegen; erst in der Blase selbst werden dieselben durch Vorziehen der Hülse vom Schnabel entfernt und können dann durch Anziehen eines Hebels, welcher am Aufsenende des Cystoskops angebracht ist, geschlossen und geöffnet werden.

Die Instrumente selbst entsprechen, was die Dicke anbelangt, dem mittleren Harnröhrenkaliber und sollen dazu dienen, kleinere Operationen in der Blase vornehmen zu können, und zum Teil die Sectio alta zu verdrängen.

Die Instrumente sind vom Instrumentenmacher P. Hartwig in Berlin zu beziehen.
P. Taenzer-Bremen.

Radikalbehandlung von Strikturen durch Excision und Urethroplastik, von E. L. Keyes. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Nov. 1891.) Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Arten von Strikturen beschreibt Verf. einen Fall, bei welchem er anscheinend eine radikale Heilung durch Transplantation eines Stückes des inneren Blattes der Vorhaut an die Stelle der excidierten Striktur erzielte. Er verweist dabei auf die Arbeiten von Wölfler, Meusel und Bardenheuer. Der Erfolg war etwa ein Jahr nachher noch ein aufserordentlich befriedigender.
Philippi-Nieheim.

Bemerkung zur Behandlung der Epididymitis, von S. Alexander. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Dez. 1891.) Bei akuter (wie auch bei chronischer) Epididymitis empfiehlt Verf. Injektionen von Argent. nitricum in die Pars membranacea urethrae und bespricht die günstigen Resultate, welche er bei vierzig Patienten erzielt hat. Er gebraucht dazu den von Keyes modifizierten Ultzmannschen Katheter und eine Lösung in der Stärke von 0,06 : 28,0 oder höchstens 0,18 : 28,0. Nebenbei wird der Patient mit Bettruhe, Leinsamenumschlägen und später mit einem komprimierenden Verband um den Hoden behandelt. Die Resultate dieser Behandlung sprechen für die Ansicht, dafs die Entstehung der Epididymitis stets auf dem Vorhandensein einer Urethritis posterior beruhe. *Philippi-Nieheim.*

Zwei neue Fälle von Filaria sanguinis hominis, von R. M. Haughter. (*Med. News.* 5. Dez. 1891.) Es werden zwei im nördlichen Teile des Staates Virginia entstandene Fälle von Filaria hominis mitgeteilt, als Beispiele von der Ausdehnung dieser Affektion nach dem Norden zu Beide betrafen Damen im Alter von 65 resp. 45 Jahren. Die Veranlassung zur Untersuchung des Urins mit dem Mikroskope und somit zur Sicherung der Diagnose wurde durch die Chylurie gegeben. Das Blut wurde nicht untersucht. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von intra-urethralem weichem Schanker, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Dez. 1891.) Ein 26jähriger Mann acquirierte neben multiplen (8) weichen Schankern der Vorhaut und der Glans einen eitrigen Ausflufs aus der Urethra. Bei der Untersuchung der Harnröhre mit dem Whiteschen Urethroskop fand sich als Ursache dieser Eiterbildung auf der oberen und unteren Fläche der Schleimhaut in genau einander korrespondierender Stellung je ein typischer, weicher Schanker, in einer Entfernung von etwa $^3/_8$ Zoll hinter der Corona glandis. Die Entstehung derselben ist wahrscheinlich auf den Gebrauch einer sogen. Tripperspritze zurückzuführen. *Philippi-Nieheim.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Rheumarthritis gonorrhoica, deren Folgezustände und Behandlung, von B. E. Brodhurst. (*Med. News.* 5. Dez. 1891.) Nach einer kurzen Besprechung der bekannten Gelenkaffektionen bei der Gonorrhoe empfiehlt Verf. zur Behandlung derselben die Einwicklung des erkrankten Gelenks mit Quecksilbersalbe und Immobilisierung desselben sowie schleunige Merkurialisierung des Patienten mittelst Einreibungen von grauer Salbe. Sowie die Schwellung und Entzündung nachlassen, werden passive Bewegungen vorgenommen. Bei vernachlässigten Fällen ist die gewaltsame Korrektur der entstandenen Pseudo-Ankylose in der Chloroformnarkose indiciert; bei forcierter Überführung in die Extensionsstellung kann leicht eine

Luxation entstehen, es empfiehlt sich also die Adhäsionen durch Flexionsbewegung zu lösen, nötigenfalls die Tenotomie der Flexorensehnen auszuführen und erst nach Verheilung der entstehenden Wunde die Korrektion auszuführen. Einige ganz erstaunliche Heilungen werden mitgeteilt. *Philippi-Nieheim.*

Über eine neue Salbenspritze zur Behandlung der Urethritis anterior acuta et subacuta, von Prof. P. Tommasoli. (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle.* September 1891.) — Zu den beiden (1887 und 1889) von T. eingeführten Salbenspritzen gesellt sich nun eine dritte. Dieselbe besteht aus einem weichen Katheter von 10 cm Länge in der Stärke von 22 Charrière und welcher in Verbindung steht mit einer gläsernen, graduierten Spritze, die, nach Abschrauben der metallenen Fassung, von hinten gefüllt werden kann.

T. geht von dem Gedanken aus, dafs die Nachteile des Einführens eines Katheters bei Urethritis acuta reichlich ausgeglichen werden durch das Einbringen einer Masse, die nicht wie die wässerigen Lösungen sofort durch die Kontraktionen der Urethra wieder ausgestofsen werden, sondern kraft ihrer Salbenkonsistenz längere Zeit in derselben verbleiben können.

Als Injektions-Grundmasse empfielt er Lanolin, dem 10% Olivenöl zur Erweichung beigemischt, sowie eines der zahlreichen Sedativa, Antiphlogistica oder Desinficientia in bekannter Dosis beigegeben werden. Die Injektionen geschehen abends, nach der letzten Miction. Die Patienten sollen möglichst wenig trinken.

Den Zweck seiner Spritze wird T. dann als erreicht betrachten, wenn die Einführung des Katheters durch den Patienten selbst in schonendster Weise geschehen und wenn ein Ausfallen der wirksamen Bestandteile aus der Salbenmasse nach längerem Verweilen derselben in der Urethra verhindert werden kann.

T. hat sein Instrument bisher nur an 2 Patienten anwenden können, jedoch mit bestem Erfolg, indem die Operation ohne die geringste unangenehme Reaktion vertragen wurde. Er empfiehlt vorläufig dessen Gebrauch blos bei Urethritis anterior. *C. Müller-Basel.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 1891. Heft 6.

Referent: Dr. Carl Berliner-Aachen.

I. Vier Fälle von Darierscher Krankheit, von Prof. Dr. C. Boeck.

Die von J. C. White als Keratosis follicularis und von Darier als Psorospermose folliculaire végétante bezeichnete Krankheit scheint nach den wenigen, bisher veröffentlichten Fällen zu urteilen in Christiania häufiger als irgendwo vorzukommen. Von den 4 Fällen, die B. beschreibt, betreffen 3 Mitglieder derselben Familie, einen Vater und zwei Söhne. — Zur Charakterisierung der Krankheit führen wir Fall III ausführlicher an.

Patient, 18 J. alt, hat auf dem behaarten Kopfe, am zahlreichsten auf dem Vorderkopfe und in der Schläfengegend, nadelkopf- bis hanfkorngrofse, warzenähnliche Efflorescenzen, welche mit ziemlich festhaftenden und fetthaltigen Epidermisschüppchen oder Krusten bedeckt sind. Vom Gesichte ist besonders die Stirn stark ergriffen. Dieselbe zeigt kleine, wenig erhabene, schmutzig rötliche stellenweise konfluierende Warzen. Sonst ist der Ausschlag im Gesicht spärlich. Am Halse sind die beiden

Seitenpartien dicht bedeckt mit hanfkorngrofsen, dunkelgrau gefärbten Papeln oder Warzen.

Rücken, Nates, Genitalien sind frei. Stärker sind die Achselhöhlen, am stärksten das Abdomen ergriffen, wo der grauschwarze, aus durchgehends hanfkorngrofsen bis erbsengrofsen Papeln oder Warzen bestehende Ausschlag lebhaft mit den hellen, normalen Hautstellen kontrastiert. Eine Beziehung der Efflorescenzen zu den Haarfollikelmündungen konnte Verf. in der Regel nicht konstatieren. Dagegen sah er in den gröfseren Warzen mittelst der Lupe kleine, dunkle Pünktchen, welche den Schweifsdrüsenmündungen entsprechen dürften. An den oberen Extremitäten zeigt sich die Affektion an der Dorsalfläche der Vorderarme und auf beiden Handrücken. Die Finger sind frei. Dagegen sind die Fingernägel in ihrer Totalität stark verdickt; der vordere Rand sieht wie zerbröckelt aus. Die Längsstreifung, wie sie die übrigen Fälle als besondere Eigentümlichkeit aufwiesen, ist hier mehr angedeutet. Die unteren Extremitäten sind vollständig frei, trotzdem sind die Nägel der Zehen in ähnlicher Weise, wie die der Finger verdickt. Die Krankheit begann im 12. Lebensjahre des Patienten. Sie belästigt denselben, abgesehen davon dafs sie ihn entstellt, gar nicht.

Bei der mikroskopischen Untersuchung hat Verf. sich ebensowenig wie Buzzi und Miethke und Bowen von der parasitären Natur der Krankheit, wie sie Darier und mit ihm Lustgarten behaupten, überzeugen können. Die Hornschicht ist stark hypertrophisch, die Schleimschicht dringt mit ihren Zapfen tief in die Lederhaut ein. In der Schleimschicht findet eine lebhafte Zellenproliferation statt, an den zahlreich auftretenden Mitosen erkennbar. In der Basalschicht des Rete mucosum findet in der Regel, besonders in der Peripherie der Efflorescenzen, eine starke Pigmentablagerung statt. Klinisch wie anatomisch nähert sich die Affektion den Verrucaformen.

II. **Über das Verhalten des Pigmentes in der Oberhaut des Menschen,** von Jacob Halpern.

An den Stellen, wo die Haut pigmentiert ist, findet sich das Pigment überwiegend in der untersten Schicht des Rete Malpighii abgelagert. An denselben Hautstellen kommen in der Cutis pigmentierte, verzweigte Zellen vor, welche namentlich um die Gefäfse und Nerven angehäuft sind.

Seine Untersuchungen hat H. an der Scrotalhaut eines erwachsenen Negers, dann an der pigmentierten Haut von Weifsen, angestellt. In der Cutis der Negerhaut begegnet man den ersten verzweigten Pigmentzellen in der Höhe der Talgdrüsen. Sehr zahlreich, vielfach in der Nachbarschaft der Blutgefäfse, entweder in Gruppen angeordnet oder vereinzelt, findet man die Pigmentzellen im Stratum subpapillare und in den Papillen selbst. Das Pigment in ihm ist reichlich, meist grobkörnig, von dunkelgelber bis rotbrauner Farbe, oft den Kern verdeckend. Einzelne Pigmentzellen sind dicht von Basalzellen angelagert und senden dicke und dünne Ausläufer ähnlich wie Pseudopodien weit zwischen die Epidermiszellen, zuweilen bis zur 4—5. Schicht der Retezellen hinein. Die Ausläufer sind stark konturiert, kurz mit abgerundeten Enden oder besitzen ein varicöses Aussehen. Ihre Länge übertrifft die der Zellen um das 10—15fache. An anderen Stellen sieht man zwischen den Epidermiszellen ein Netz von Ausläufern, die durchwegs dünner sind, weit ins Rete Malp. hineinreichen. Aus der Cutis stammende Pigmentzellen, schon durch ihr grobkörniges Pigment auffallend, findet man in allen Reteschichten, in den untersten mehr als in den oberen. Wo die Pigmentation in den Retezellen weniger stark ist, wie in den oberen, höheren Reteschichten, ist das Pigment feinkörnig, staubartig; die aus der Cutis stammenden Pigmentzellen haben hier keine Ausläufer mehr.

In der pigmentierten Haut der Weifsen sind die Verhältnisse im

allgemeinen dieselben. Nur sind die verzweigten Pigmentzellen weit geringer an Zahl, die Pigmentation weniger stark, das Pigment feinkörniger und von mehr hellgelber Farbe. Der Kern der Pigmentzellen ist ebenso wie in der Negerhaut etwas länglich oder oval, stets pigmentfrei. Freies körniges Pigment ist nirgends zu finden. An der Grenze zwischen Cutis und Epidermis dringt der Zellkörper der verzweigten Pigmentzellen in bald spindeliger, bald keulenartiger Form zwischen die basalen Retezellen. Die Ab- und Anschwellung der Protoplasmafortsätze der Pigmentzellen mit ihren kolbigen Endigungen sind jenen Anschwellungen der Pseudopodien vergleichbar, welche die Bewegung der amöboiden Zellen darstellen.

Für die Aufnahme des Pigments durch die Retezellen kann man sich zwei Modi denken:

1. Zerfall der pigmentierten Wanderzellen und ihrer Ausläufer, Freiwerden des Pigments und Aufnahme desselben durch die Retezellen.

2. Aufnahme von Teilen des Protoplasmas der Wanderzellen, vielleicht sogar ein Verschmelzen ganzer Zellen mit Epidermiszellen.

Alle Befunde sprechen dafür, dafs das Pigment der Oberhaut von der Cutis her zugeführt wird.

III. Endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes

von Prof. Dr. Victor Janovsky.

Das Material für seine Untersuchungen boten dem Verf. 150 Fälle (zumeist Prostituierte). Bei allen wurde die Anwesenheit von Gonokokken in der Urethra, oder im Cervix, Vulva etc. als Kriterium der Diagnose festgestellt. — Nach den klinischen, endoskopischen und bakteriellen Untersuchungen zu urteilen, kommt die gonorrhoische, weibliche Urethritis viel häufiger vor, als man bisher annahm; sie neigt auch (nach Finger) viel mehr dazu, in den chronischen Zustand überzugehen, als es bisher geglaubt wurde.

Was die Methodik betrifft, so bedient sich J. eines geraden einfachen Endoskops mit etwas stärkerem Lumen als das Grünfeldsche, und um dasselbe intensiv zu beleuchten, verwendet er die Solarlampe oder nach den Angaben von Nitze-Leiter das elektrische Licht, welches in Form eines Mignonlämpchens vor dem trichterartigen Ocularende sich befindet. Für die vorderen Partien der weiblichen Urethra empfiehlt J. die Linhartsche Untersuchungsmethode. Als Endoskop kann man jeden Grünfeldschen Tubus benutzen, als Beleuchtungsapparat dient der Bonafontsche oder besser Bruntonsche Ohrenspiegel und als Lichtquelle die Hinkesche zu Polarisationszwecken verwendete Lampe. Ist abnorme Empfindlichkeit der Urethra vorhanden z. B. bei Erosionen der Karunkeln, so wird dieselbe durch Einführung eines Urethralsuppositoriums mit Cocain gemildert oder beseitigt.

Im folgenden giebt J. die Anatomie der weiblichen Urethra, so weit dieselbe die Schleimhaut, deren Drüsen und das submucöse Gewebe betrifft. Es sind das diejenigen Teile, in welcher sich am häufigsten die pathologischen Prozesse abspielen.

Die akute gonorrhoische Urethritis zeigt im endoskopischen Bilde starke Schwellung und hochgradige Injektion der Schleimhaut. Am stärksten sind die gegen die äufsere Mündung gelegenen Partien ergriffen. Stellenweifse stöfst sich das Epithel ab, es kommt dann nicht selten bei der leisesten Berührung mit dem Wattetampon zu Blutungen. Auf der succulenten Schleimhaut finden sich stellenweise Erosionen, welche zu seichten, nicht selten schmerzhaften Geschwürchen führen. Die von Finger hervorgehobene Beteiligung der Follikel resp. der Lacunen oder drüsigen Gebilde wird durch das Endoskop bestätigt. — Gehen die entzündlichen Erscheinungen zurück, so schwinden allmählich auch die endoskopischen Erscheinungen. Am hartnäckigsten ist der akute Prozefs am Eingange der Urethra.

Bei der chronischen, diffusen Urethritis, die sich häufig bei Prostituierten vorfindet und an akute, gonorrhoische Formen sich anschliefst, ist die Schleimhaut anfänglich gerötet, bei längerem Bestehen des Prozesses nimmt sie eine mehr grünliche Farbe an und bildet infolge der Mitbeteiligung des submucösen Gewebes starre, nur langsam dem Drucke des Tubus weichende Falten.

Die chronische circumscripte Urethritis nimmt ihren Ausgang von der Schleimhaut zwischen den Lacunen oder derjenigen acinösen Drüsen, welche den Littréschen des Mannes entsprechen. Die Schleimhaut zeigt alsdann meistens granuläre oder papilläre Veränderungen.

Die Lacunen selbst werden während des Entzündungsprozesses im endoskopischen Bilde deutlicher sichtbar; der Lacunenwall anfangs lebhaft rot, später mehr livid, tritt infolge der Infiltration der tieferen Schleimhautschichten stärker hervor und wird, wenn das Infiltrat länger besteht, allmählich fest.

Unter dem Einflusse einer entsprechenden lokalen Therapie oder auch spontan flachen sich die Infiltrate ab. Teils durch Resorption der Entzündungsprodukte, teils durch eine Schrumpfung des Bindegewebes wird der Heilungsprozefs eingeleitet. Kleine Narbenzüge sind zurückbleibende Spuren des abgelaufenen Entzündungsprozesses.

Da die Urethritis beim Weibe sehr häufig in den chronischen Zustand übergehen kann, ohne von ihrer Infektiosität etwas einzubüfsen, so ist eine rigorose Untersuchung der Urethra und ihrer Sekrete namentlich bei Prostituierten, wie sie neuere Autoren, insbesondere Neisser gefordert haben, von eminent praktischer Bedeutung.

Verf. wird in einem zweiten Teile seine Erfahrungen mitteilen, die er bei der Untersuchung des Sekretes der weiblichen, gonorrhoisch erkrankten Urethra gewonnen hat.

IV. **Über die Pityriasis rubra** (Hebra) **und ihre Beziehungen zur Tuberkulose (nebst Bemerkungen über Pigmentverschleppung aus der Haut)** von J. Jadassohn.

Verf. unterscheidet, indem er einen historischen Überblick über die diesbezügliche Litteratur giebt, drei Perioden.

1. Periode bis Ferdinand Hebra.

Ursprünglich wird die Pityriasis rubra als eine leichte mit allgemeiner Rötung und kleienartiger Abschuppung einhergehende Hautaffektion beschrieben. Spätere Autoren führen bereits schwere Fälle der Krankheit an und zeigen das Bestreben, den Begriff der Pityriasis rubra enger zu fassen, resp. ähnliche Krankheitsbilder von derselben abzutrennen. So entstehen die Devergiesche Krankheit, die Pityriasis rosea (Gibert). Ferdinand Hebra bezeichnet die P. r. als eine unheilbare Krankheit, „welche während ihres ganzen Verlaufes von keiner anderen Erscheinung begleitet wird als von einer andauernd intensiv dunkelroten Färbung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Entwicklung von Schrunden, ohne Nässen oder Bläschenbildung, welche mit geringen Jucken verbunden ist, selten auf einzelne Hautstrecken lokalisiert erscheint, sondern meist die ganze allgemeine Decke zu ihrem Sitze wählt.“ Das allerdings schon im Namen Pityriasis rubra ausgedrückte, fehlende Symptom der kleienartigen Abschuppung ist von Hans Hebra in der 2. Auflage des Hebraschen Lehrbuches hinzugefügt worden. Kaposi stellt die Prognose nicht mehr als absolut ungünstig hin, fand im weiteren Verlauf der Krankheit stellenweise Verdickung der allgemeinen Decke, teils durch ödematöse Schwellung, teils durch massige Schuppenauflagerung, ferner vielfach Einrisse der Epidermis, bisweilen Loshebung derselben auf gröfseren Strecken und decubitusähnliche Geschwüre.“ Auspitz bestritt die entzündliche Natur der P. r., die er zu den Epidermidosen resp. zu einer unteren Klasse derselben, den Keratolysen rechnet.

2. Periode von Hebra bis Brocq.

Diese weist eine reichere Kasuistik und dem entsprechend auch eine umfangreichere Litteratur auf. Es sind besonders Engländer und Franzosen, welche sich des Gegenstandes mit gleichem Eifer bemächtigen, jedoch in ihren Resultaten auseinandergehen. Während die englischen Autoren den engen Rahmen, welchen Hebra seiner P. r. gegeben, erweitern und entgegen der Ansicht von Auspitz die P. r. Hebrae als eine Dermatitis exfoliativa ansehen, zeigte sich in Frankreich das Bestreben, die ganze Gruppe der hier in Rede stehenden Krankheiten in einzelne gesonderte Krankheitsbilder zu zerlegen. Von Bedeutung sind in dieser Beziehung Brocqs Arbeiten (1882 und 1884) geworden.

Brocq unterscheidet in seinem *Traitement des maladies de la peau* folgende Formen:

1. Érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermite exfoliative aigue bénigne.
2. Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë.
3. Dermatite exfoliative généralisée chronique.
4. Pityriasis rubra chronique de Hebra.
5. Pityriasis rubra subaigu bénigne.
6. Pityriasis rubra chronique bénigne.
7. Dermatite exfoliative des enfants à la mamelle.

3. Periode von Brocq bis auf die Gegenwart.

Brocqs Anschauungen dringen in Frankreich, teilweise auch in Amerika, mehr und mehr durch, während in Deutschland meist an Hebras Beschreibung festgehalten wird.

In dem klinisch-kritischen Teile seiner Arbeit gelangt Verf. zu folgenden Resultaten:

1. Ein Zweifel an der Existenz und Selbständigkeit des von Hebra geschilderten und als Pityriasis rubra bezeichneten Krankheitsprozesses ist nicht berechtigt; aufser den Beobachtungen der Wiener Schule giebt es noch eine — wenn auch geringe — Zahl einwurfsfreier Fälle.

2. Durch unsere seit Hebras erster Publikation vermehrten Erfahrungen hat das Bild der Pityriasis rubra einige mehr oder weniger wesentliche Erweiterungen und Veränderungen erfahren: Die Prognose ist nicht mehr absolut infaust; Besserungen, scheinbare und vollständige Heilungen scheinen vorzukommen; die Symptome der Schuppung, des Juckens, der Infiltration können in weiteren Grenzen wechseln, als nach der Beschreibung Hebras anzunehmen war.

3. Die namentlich von Amerika und England aus publizierten, als Pityriasis rubra bezeichneten Fälle gehören nur zum geringsten Teil zu dieser Krankheit. Eine Anzahl derselben kann mit einigen von französischen Autoren publizierten Beobachtungen nach dem Vorgange Brocqs als eine eigene Krankheit: Dermatite exfoliatrice généralisée zusammengefafst werden, welche mit der Pityriasis rubra wesentlich nur die Symptome der allgemeinen Rötung und Schuppung gemein hat. Andere als „sekundär" bezeichnete Fälle sind nur universell gewordene Formen anderer Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber), noch andere als Exantheme nach innerem oder äufserem Arzneigebrauch aufzufassen. Die selbständige Existenz eines Erythema desquamativum recidivans ist nicht mit Bestimmtheit erwiesen; eine Notwendigkeit zu einer noch weiter gehenden Scheidung in Pityriasis rubra benigna subacuta und Dermatitis exfoliativa chronica liegt nicht vor.

Die von Brocq als Pityriasis rubra chronica benigna bezeichnete Krankheit und die Dermatitis exfoliativa neonatorum gehören ebensowenig zur Pityriasis rubra wie die Pityriasis rubra pilaris und die „sekundären Erythrodermien."

Im folgenden Kapitel „eigene Kasuistik“ beschreibt Verf. 3 Fälle aus der Breslauer Klinik, von denen bei zweien die Diagnose eine zweifellos sichere war. Die Erfahrungen, die V. an diesen Fällen gemacht, sind in nachstehenden Sätzen wiedergegeben:

1. Charakteristische Fälle von Pityriasis rubra können in einer (im Gegensatze zu den ersten Angaben) verhältnismäfsig kurzen Zeit zu hochgradigen Veränderungen der Haut führen.

2. Sie können fast oder ganz vollständige Remissionen darbieten und dann in ihrer Eigenart recidivieren.

3. In denjenigen beiden Fällen, in denen die Diagnose: Pityriasis rubra vollständig gesichert ist, war die Hauterkrankung mit einer Tuberkulose oberflächlich gelegener Lymphdrüsen — in dem ersten auch mit einer Tuberkulose innerer Organe — kompliziert.

Der dritte Punkt wird im nächsten Hefte des Archivs weiter ausgeführt.

Die Hauttransplantation nach THIERSCH, von M. JUNGENGEL. (Würzburg 1891, Stahelsche Hofbuchhdlg.) Verf. schildert das an der Würzburger Klinik geübte Verfahren der Transplantation, das in einigen Kleinigkeiten von dem gewöhnlichen abweicht. Verf. bedient sich eines eignen, schweren Messers, dessen Klinge wie beim Rasiermesser (plan und hohl) geschliffen ist. Die Lappen werden möglichst dünn und grofs genommen. Granulierende Wunden wurden gewöhnlich von ihrer oberen lockeren Schicht, die nach THIERSCH' Untersuchungen mit senkrecht aufstrebenden Gefäfsen versehen ist, durch Abkratzen befreit und dann die Blutung exakt durch Torsion und Kompressen gestillt. Verf. hat auf die Kompakte des periostlosen Knochens direkt mit Erfolg transplantiert und hält im allgemeinen Antiseptika beim Transplantieren für entbehrlich, wenn auch nicht direkt schädlich. Verband, nachdem die Läppchen, die sich dachziegelförmig decken müssen, leicht angedrückt sind, mit Protektiv, oder auch gleich mit Jodoformgaze oder mit Borwachsvaseline. Narkose ist nicht erforderlich. Mikroskopisch fand Verf. in den ersten Tagen einen verschieden grofsen Bluterguſs zwischen Streifen und Boden, der allmählich unter Auswanderung von Leukocyten in den Streifen resorbiert wird. Zugleich sprossen Blutgefäfse vom Boden aus; das Epithel des Streifens ist gelockert, die Hornschicht stöfst sich teilweise ab. Besteht der Streifen nur aus Epithel, so verklebt dies wohl direkt mit dem Boden; findet sich an demselben noch Cutis, so kommt es zur Bildung eines Keimgewebes, unter Bildung zahlreicher Mitosen. Verf. schliefst, dafs der aufgelegte Streifen in den ersten Tagen durch plasmatische Cirkulation ernährt wird, und hält daher exakte Blutstillung für erstes Erfordernis zum Gelingen der Transplantation. Die nun folgenden Krankengeschichten beziehen sich auf Verbrennungen, Granulationsflächen nach Operationen oder Verletzungen, auf Wunden nach Operationen in infizierten Geweben (z. B. nach abgekratztem Lupus), auf Ulcera cruris (teilweise luetica), auf Deckung inoperabler Tumoren und endlich auf tamponierte nnd frische Wunden. Die Erfolge sind sehr gut, besser als bei den bisher publizierten gröfseren Versuchsreihen, indem Verf. 84,11 % totale, 11,76 % teilweise Erfolge, und nur 4,11 % Mifserfolge referieren kann.

Die transplantierte Haut safs stets dauernd fest und war allen Anforderungen gewachsen, kenntlich ist sie daran, dafs sie injicierter ist als die umliegende. Häufig schuppt sie in der ersten Zeit ziemlich stark; da helfen Pinselungen mit Ol. olivar oder Ol. Rusci prompt. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über die venerischen Krankheiten in Paris, in ihren Verhältnissen zur geheimen und zur beaufsichtigten Prostitution, von O.

Commenge. (Paris 1890, G. Masson.) Die Statistik, bei der C. sämtliche Fehlerquellen nach Möglichkeit zu umgehen suchte, erstreckt sich über einen Zeitraum von 10 Jahren (1878—87). Sie zerfällt in zwei Teile und umfaſst die Krankheitsfälle im Verhältnisse 1. zur Gesamtsumme der Untersuchungen, 2. zur Gesamtzahl der untersuchten Dirnen. Letztere teilt er in drei Kategorien ein und zwar 1. in solche, die unter vollständiger Kontrolle stehen (in Häusern untergebrachte und mit Erlaubnisscheinen versehene öffentliche); 2. in solche, die nur teilweise unter Kontrolle stehen; 3. in der geheimen Prostitution ergebene. Die zur Untersuchung gelangten „venerischen" Affektionen faſst er in folgende 3 Klassen zusammen:

a) syphilitische (beide Arten von Schanker, sekundäre und tertiäre Lues),
b) venerische nicht syphilitische (Urethritis, Vulvitis, Vaginitis, Erosionen der Portio vaginae, eitrige Katarrhe des Uterus, Vegetationen),
c) parasitäre (Scabies).

Aus den tabellarischen Zusammenstellungen geht hervor, daſs das gröſste Kontingent venerischer Affektionen von der 3ten Kategorie geliefert wird mit 319 ‰ gegen 5,9 ‰ der ersten und 42,48 ‰ der zweiten (im Verhältnis zur Gesamtzahl der Untersuchungen berechnet) beziehungsweise mit 32,05 % gegen 20,3 % der ersten (im Verhältnis zur Gesamtzahl der Untersuchten). Verf. weist an der Hand von 16 Beispielen auf die Gefahr hin, denen die Gesellschaft durch die geheime Prostitution ausgesetzt ist. *C. Müller-Basel.*

Vestre Hospital 1890, von R. Bergh. Aus diesem Bericht geht wiederum hervor, daſs die privat wohnenden Scorta verhältnismäſsig seltener als die in den Bordellen kasernierten Hospitalbehandlung aufsuchen. Die regelmäſsig visitierten Scorta litten vorwiegend an leichteren, oft nur pseudovenerischen Affektionen; die geheime Prostitution dagegen erwies sich wie immer als die gefährlichere Quelle für Ansteckungen, besonders durch häufiges Vorkommen von nässenden Papeln. Auch die Urethritis war in der für die geheime Prostitution bestimmten Abteilung durchgehend akut und florid; die eigentlichen Scorta aquirieren meistens schnell Urethritis, und diese geht dann öfters in eine latent chronische, atonische Form mit Recrudescenzen über. Bei diesen letzten waren spitze Kondylome überaus selten, ein Beweis groſser Reinlichkeit der Genitalien. Ulcera mollia wurden nur im ganzen 7 mal beobachtet.

Wegen Syphilis wurden 88 behandelt (gegen 104 in 1889 und 184 in 1888), 37 davon mit erstem Ausbruch; bei 18 wurde Initialsklerose beobachtet. Leukoderma colli wurde 6 mal gesehen; Verf. meint, daſs dasselbe sich gewöhnlich ohne vorausgegangene Roseola oder andere syphilitische Eruptionen entwickelt und somit primär (neurosyphilitisch) wäre. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Bericht der dermato-syphilitischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, 1889 und 90, von Haslund. Von besonderem Interesse ist die deutliche Abnahme der behandelten Fälle von Syphilis, 283 und 243 Männer (gegen 295 in 1888, 364 in 1887 und 443 in 1886). Dagegen macht V. darauf aufmerksam, daſs die Syphilis in den späteren Jahren verhältnismäſsig häufiger vorzukommen scheint; im Jahre 1889 hat er 18, und 1890 sogar 19 Fälle zu verzeichnen.
E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Rudolf-Stiftung für das Jahr 1890, von F. Mračeк. (Wien, Selbstverlag.) Nach einer summarischen Übersicht der behandelten Kranken und einigen Bemerkungen über chirurgische Eingriffe werden die Todesfälle (Erysipel und Verbrennung) und die klinisch bemerkenswerten Fälle mitgeteilt. Von letzteren verdient besonders ein

Fall von Syphilis haemorrhagica gummosa Erwähnung. Bei diesem traten die Haemorrhagien an Stelle der Infiltrate auf; diese zerfielen dann und die Höhle war von einer chocoladeartigen Masse ausgefüllt. Ausgang in Heilung.

Es folgt die Mitteilung der Arbeiten, welche der Sublimatvergiftung nach Atzung von Condylomen mit Solutio Plenckii gewidmet sind (bekannt aus der *Wien. klin. Woch.* 1890. No. 17 u. 33).

Den Schlufs bildet eine Abhandlung vom Verf. über Ulcus cruris und Syphilis. Nur bei wenigen Fällen von Ulcus cruris ergiebt die Anamnese eine vorhergegangene specifische Infektion. Manchen Geschwüren sieht man (infolge vorausgegangener Therapie) ihren luetischen Charakter nicht an, aber sie heilen erst nach specifischer Behandlung. Diese Geschwüre sind eine lokalisierte Spätform der Lues. Man kann bei ihnen eine Art von unbewufster Syphilis annehmen, indem die Kranken bis dato keine Ahnung von ihrem Leiden hatten (cf. Fournier: Syphilis und Ehe, Syphilis durch Empfängnis.) *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Das Pental in der chirurgischen Praxis, von V. von Rogner. (*Wiener med. Presse.* 1891. No. 51.) An Stelle des Chloroforms hat V. Versuche mit Pental angestellt, welche sehr zur Zufriedenheit ausgefallen sind. Die Narkose tritt rasch (nach 60—80 Sekunden) ein, zeichnet sich durch das Fehlen des Excitationsstadiums und durch Mangel übler Nachwehen aus, übt keinen Hustenreiz aus. Es riecht nicht so widerlich süfslich wie Chloroform, sondern mehr nach Benzin-Senföl. Dagegen ist es leicht entzündlich.

(Ref., der das Pental an sich selbst erprobt, kann alles obengesagte bestätigen; aufgefallen ist ihm nach Wiedererwachen ein fettig-öliger Geschmack im Munde, der aber rasch wieder verschwand.) *P. Taenzer-Bremen.*

Das Lokalisieren von Medikamenten in der Umgebung der sensiblen Hautnerven, die Erzeugung einer dauernden lokalen Anästhesie ohne mechanische Hülfsmittel, von J. L. Corning. (*New York med. Journ.* 26. Dez. 1891.) Unter dieser etwas langatmigen Überschrift empfiehlt Verf. eine sehr einfache Methode, um eine länger dauernde lokale Anästhesie zu erzeugen. Sein Verfahren besteht in der Injektion eines Anästheticums in wässeriger Lösung nebst sofort darauffolgender Einspritzung erwärmter Cacaobutter (43°,5) in dieselbe Stelle. Um dies zu ermöglichen hat C. eine Doppelspritze konstruiert, deren eines Rohr die anästhesierende Lösung, das andere die durch Eintauchen in heifses Wasser gelöste Cacaobutter enthält; die Pravazsche Nadel wird durch eine gabelig geteilte Kanüle mit beiden Röhren zugleich verbunden. Nach der Injektion des Öls ist es nötig den betreffenden Teil (durch Ätherspray) abzukühlen und die umgebende schlaffe Haut in der Nähe der Injektionsstelle (mittelst Federklammer) aufzunehmen und anzuspannen. Auf diese Weise hält die in geronnenen Zustand übergehende Cacaobutter das Anästheticum an der gewünschten Stelle längere Zeit fest. *Philippi-Nieheim.*

Einige Anhaltspunkte bei der Diagnose von Hautkrankheiten, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*Cincinnati med. News.* Dez. 1891.) Verf. bespricht einige der Hauptschwierigkeiten, denen der praktische Arzt bei der Diagnose von Hautaffektionen begegnet, und erwähnt einige der wichtigsten Anhaltspunkte, welche zur richtigen Erkenntnis dieser Störungen verhelfen können. *Philippi-Nieheim.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 5. 1. März 1892.

Über die kapillären Lymphangiome der Haut und über die Beziehungen des Lymphangioma capillare varicosum zum Angiokeratoma (Hämangioma capillare varicosum keratoides).

Von

Dr. Ludwig Török,
Budapest.

In einem in Gemeinschaft mit Finch Noyes in diesen Blättern publizierten Artikel[1] haben wir gewisse auf das Lymphgefäßsystem der Haut bezogene Prozesse besprochen und einen Fall von Lymphangioma circumscriptum klinisch und histologisch beschrieben. Wir kamen auf Grund unserer Untersuchungen zu dem Schlusse, daß man an der Haut im engeren Sinne — d. h. abgesehen vom Unterhautzellgewebe — drei Formen von kapillären Lymphangiomen zu unterscheiden habe, nämlich: 1. das variköse Lymphangiom, 2. das tuberöse (fibromatöse) Lymphangiom, 3. das kavernöse Lymphangiom.

In die Klasse des varikösen, kapillären Lymphangioms hatten wir drei Fälle von Hutchinson, je einen Fall von Malcolm Morris, von Tilbury und Colcott Fox und von Köbner, des weiteren die Fälle von Crocker, Walsham, Hayes und den von uns publizierten Fall gestellt. Bei dieser Form des kapillären Lymphangioms entwickeln sich gewöhnlich in früher Lebensperiode auf verschiedenen Stellen des Körpers wohlumschriebene markstück- bis handtellergroße Gruppen von hellen, durchscheinenden Bläschen, welche, dicht aneinandergedrängt, da und dort von etwas verdickter Hornschichte bedeckt, sich etwas über das Niveau der benachbarten Haut erheben. Diese Bläschen sind kleinstecknadelkopf- bis erbsengroß, sitzen auf normaler, seltener auf leicht geröteter Haut und weisen des öfteren an ihrer Oberfläche einzelne oder gruppenweise verlaufende Blutkapillaren auf. Sie sind wenig komprimierbar und lassen nach ihrer Eröffnung eine geringe Menge heller Flüssigkeit ausfließen. Diese Flüssigkeit reagiert alkalisch, ist eiweißhaltig und enthält eine geringe Menge weißer Blutkörperchen. Die Bläschen enthalten manchmal auch

[1] Lymphangioma circumscriptum (Lymphangioma capillare varicosum) *Monatsh. f. prakt. Derm.* XI. Bd. 1890. No. 2 u. 3.

Blut und haben dann eine braun- oder blaurote Färbung. Einige Bläschen liegen auch einzeln zerstreut. Durch weiteres Auftreten neuer Bläschen neben den alten bilden sich die Bläschengruppen. Die Affektion breitet sich sehr langsam aus und verursacht keinerlei subjektive Beschwerden. In einzelnen Fällen vergesellschaftet sie sich mit sich wiederholenden erysipelatoiden Entzündungen und kann dann in Elephantiasis übergehen. Ähnliche Bläschen und Bläschengruppen haben wir auch als Begleiterscheinung der Elephantiasis congenita und bei den verschiedenen Angiomformen der gröfseren und tieferen Lymphstämme nachgewiesen.

Mikroskopisch stellt sich das kapilläre, variköse Lymphangiom als eine Geschwulst dar, welche aus einer Neubildung von Lymphgefäfsen, teilweise auch von Blutgefäfsen hervorgeht, welch' letztere sich in weite, gewundene Kanäle und Hohlräume umwandeln. Es liefsen sich deutlich Zeichen der homöoplastischen und heteroplastischen Neoplasie, hauptsächlich am Lymphgefäfssystem, viel weniger häufig an den Blutgefäfsen nachweisen. Es ist hervorzuheben, dafs die meisten cystenartigen Erweiterungen der Gefäfse mit einer feinkörnig geronnenen, eine verschiedene Anzahl weifser Blutzellen enthaltenden Masse erfüllt waren, und dafs ein direkter Zusammenhang dieser Höhlen mit Lymphkapillaren nachgewiesen werden konnte. Die erweiterten Blutkapillaren der Papillen waren von den kapillären Lymphvaricen sehr oft bei Seite, an die Epithelschichte gedrängt, oder zwängten sich durch die Septen, welche die Lymphräume voneinander trennten. Das Bindegewebe der Papillarschichte zeigte einen erheblichen Zellengehalt, besonders in der Nachbarschaft der Gefäfse.

Aus dieser Gruppe hatten wir die unter dem Namen Lymphangiektasis oder lymphatic warts of the children von Colcott Fox publizierten Fälle gestrichen und dieselben dem von Mibelli beschriebenen Angiokeratome, welchem sie sowohl klinisch als mikroskopisch entsprachen, angereiht.

Die Klasse des tuberösen (fibromatösen), kapillären Lymphangioms enthielt nur den Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposis, dessen klinische Charaktere ich wohl als zur Genüge bekannt annehmen darf. Die histologischen Eigenschaften dieser Geschwulstform sind in den hierherbezüglichen Publikationen Kaposis ziemlich verwaschen und nicht eindeutig dargestellt, so dafs sich aus der Lektüre derselben, besonders bei Vergleich der voneinander verschiedenen Texte des Kompendiums von Hebra und Kaposi und des später erschienenen von Kaposi, kein klares Bild des Baues und der Bedeutung der Geschwülstchen ergeben konnte.

In die Klasse des Lymphangioma capillare cavernosum endlich habe ich je einen Fall von Pospelow und van Harlingen gestellt. Die Geschwülste waren in beiden Fällen kompressibel, boten dem tastenden

Finger das Gefühl eines Luftkissens. Die Tumoren waren hier gröfser, haselnufsgrofs, in dem Falle Pospelows sogar taubeneigrofs, die kleinsten rapssamen- oder stecknadelkopfgrofs, ihre Farbe war blauviolett. Das mikroskopische Bild besitzen wir nur von Pospelows Fall. Dasselbe stellt das bekannte Bild des kavernösen Angioms dar. In dem Falle Pospelows entleerte sich beim Einschneiden aus den Geschwülsten eine kleine Quantität einer wolkigen Flüssigkeit, die aber zum gröfsten Teile von der Konsistenz frischer Gelatine war.

Seit der Publikation dieser Studie, aus deren Inhalt wir kurz so viel angegeben haben, als zum Verständnis des weiter unten Folgenden notwendig erscheint, sind einige Arbeiten erschienen, welche auf die oben behandelten Prozesse Bezug haben. Von Mibelli[2] und Pringle[3] wurden neuere Angiokeratomfälle bekannt gegeben, Schmidt[4], Besnier[5], Bayet und Smet[6] und Thibierge[7] beschrieben neue Beispiele von Lymphangioma circumscriptum, d. h. L. capillare varicosum und Lesser und Beneke[8] berichteten über einen von ihnen beobachteten Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi. In allen diesen Publikationen wurde die Frage nach der Bedeutung einzelner oder all der oben genannten Prozesse, resp. nach ihrem Verhältnis zu einander mehr oder weniger eingehend diskutiert.

Die eben genannten Arbeiten ergaben mit Bezug auf unseren Gegenstand einige Fragen, für welche — wie wir glauben — die Antwort sowohl aus diesen Arbeiten selbst als aus unserer oben angeführten Publikation zu geben möglich ist. Dieser Aufgabe sind die folgenden Zeilen gewidmet.

Die Fragen sind die folgenden: Sind alle oder einige der von mir in die Klasse der varikösen, kapillären Lymphangiome gestellten Prozesse wirkliche Lymphangiome, oder sind sie vielmehr Hämangiome, in denen der Blutinhalt einzelner Abschnitte sich eigentümlich umgewandelt hat, d. h. zu seröser Flüssigkeit geworden ist? Welches Verhältnis besteht zwischen dem kapillären, varikösen Lymphangiome und dem Angiokeratoma Mibellis? Ist das Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposis ein Lymphangiom oder nicht? Wie gestaltet sich die Klasse der

---

[2] L'Angiokeratoma. *Giornale Italiano delle Malattie venere e della Pelle.* Fascicolo II. Giugno 1891.

[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. No. 11 u. 12.

[4] *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1890.

[5] *Pathologie et traitement des maladies de la peau par Kaposi.* Traduction par Besnier et Doyon. II. edition française. 1891. tome II d.

[6] *Journal publié par la société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.* 1891.

[7] Krankenvorstellung in der Pariser Dermatologischen Gesellschaft, referiert in *Annal. de derm.* etc. 1891. Tome II. No. 11.

[8] *Virchows Archiv.* 1891. Heft 1.

kapillären Lymphangiome nach Berücksichtigung der oben citierten Arbeiten?

Indem ich an die Beantwortung dieser Fragen gehe, schicke ich erst kurze Auszüge der angeführten Artikel voraus. BESNIER[9] hat in der Abteilung der Pseudolymphangiome die von NOYES und mir, sowie von SCHMIDT publizierten Fälle zu den Hämangiomen gestellt. Er kommt zu diesem Schlusse, indem er sich darauf stützt: 1. dafs die von COLCOTT FOX als Lymphektasien beschriebenen Fälle nichts anderes seien als Hämangiome, 2. dafs ein von ihm beobachteter Fall den von mir und NOYES und von SCHMIDT als Lymphangioma circumscriptum gedeuteten Prozessen ganz analog sei, dafs aber bei diesem viele der kleinen Bläschen Blut führten und dafs die Transformation dieses blutigen Inhalts zu einer serösen Flüssigkeit in cystenförmigen Stücken der Geschwulst von JACQUET histologisch nachgewiesen wurde, 3. endlich stützt er sich auch darauf, dafs auch in unseren Fällen einzelne Bläschen blutigen Inhalt führten.

Die übrigen von uns in die Gruppe des varikösen Lymphangioms gereihten Prozesse werden von BESNIER als kavernöse Lymphangiome zusammengefafst, von welchen er ein Beispiel eigener Beobachtung mitteilt.

In folgendem teilen wir die beiden Fälle BESNIERS mit:

1. Hématangioma. „Die Erkrankung hatte ihren Sitz in der Gegend der Hinterbacken.

In den Anfangsstadien sah man purpurfarbene Punkte, und die Endentwickelung bestand in der Formation kleiner Geschwülste, welche zum Teile schwärzlich, zum Teile kolloidähnlich, gelblich, beinahe durchscheinend an ihrer Spitze waren und nach dem Anstechen entweder Blut oder ein wenig serumartige, jedoch keine lymphatische Flüssigkeit oder kolloidähnliche Substanz ausfliefsen liefsen. Das gröfste handtellergrofse Agglomerat besteht aus gleichförmigen Körnern von der Gröfse eines Hanfkornes bis zu der einer sehr kleinen Erbse, welche sehr gespannt sind, dem Drucke widerstehen und durch den letzteren sehr wenig an Gröfse einbüfsen. Die ganz schmerzlose Erkrankung war in der Kindheit zu einem jetzt unbestimmbaren Zeitpunkte aufgetreten und bestimmte die Kranke, nur deshalb einen Arzt zu konsultieren, weil sie sich gegenwärtig deutlich ausbreitete. Die Patientin, eine junge Frau, hat ein zweijähriges Kind, welches auf der Mitte des Rückens ein typisches Hämatangiom von der Gröfse einer grofsen Bohne aufweist.“ Bei der histologischen Untersuchung dieses Falles konstatierte JACQUET grofse, unregelmäfsige, mit Blut angefüllte Lakunen, Blutcysten, welche sich in den stark hypertrophierten Papillen entwickelt hatten und mit den Lakunen in Verbindung standen; des weiteren

[9] l. c. p. 371. Hématangiomes (lymphangiomatoïdes, Kératoïdes), angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme.

stark erweiterte Blutgefäfse. An einzelnen Stellen führen die Lakunen feine blasse „hämatoide Granulationen“ (granulationes hématoïdiques) und abgeflachte entfärbte Blutzellen. Dies sind die Stellen, wo sich der Inhalt der Blutcysten serös umwandelt, und diese entsprechen den durchscheinenden Bläschen. Die Entwickelung des Prozesses geht in der Weise vor sich, dafs vorerst die Blutgefäfse sich erweitern, „dann reifsen sie ein, es tritt Extravasation in das Corium oder in die Papillen auf etc. etc.“

Eine ganz detaillierte Schilderung der histologischen Vorgänge bei dem Falle Besniers fehlt noch zur Stunde; der von Smet und Bock beobachtete und weiter unten mitgeteilte Fall bietet daher erhöhtes Interesse, da die genannten Autoren, welche einen dem Besniers analogen Standpunkt in dieser Frage einnehmen, auch ihre histologischen Befunde genauer mitteilen.

2. Lymphangioma cavernosum. Der Kranke hatte an der gegenwärtig von dem Lymphangioma eingenommenen Stelle (linke präaxilläre Region des Thorax) einen kongenitalen Blutgefäfsnävus gehabt. Es stellen sich bei ihm alljährlich mehrere erysipelatöse Hautrötungen ein, während welcher die Affektion an Oberfläche und Tiefe sich weiter ausbreitet. Dem Aussehen nach entspricht der Fall dem von Malcolm Morris mitgeteilten. Die lymphangiomatöse Plaque ist etwa handtellergrofs und ruht auf einer sich derb anfühlenden, von normaler Haut bedeckten Verdickung, welche sich allmählich in die Nachbarschaft verliert (Pachydermie sous-lymphangiomateuse). Die aus den Fisteln sich entleerende Lymphe enthält wenig Leukocyten. Doch auch dieser Fall scheint nach Besnier im Anfang nicht den Charakter einer Affektion der Lymphgefäfse zu besitzen, ebensowenig wie der Fall Köbners. In beiden Fällen bestand nämlich vorerst ein Blutgefäfsmal an der betreffenden Stelle.

Die histologische Untersuchung dieses Falles von Besnier wurde von Darier besorgt. Dieser fand unter der Epidermis ein kavernöses Gewebe, dessen Maschen den Anschnitten miteinander kommunizierender Höhlen entsprachen. Diese enthielten eine fein granulierte Masse und zahlreiche Lymphzellen. Die Lymphkapillaren waren stark erweitert. Die Höhlen besafsen flache Endothelien. Die rundzellenhaltigen Septen führten oft mit Blut vollgefüllte Kapillären, welch letztere auch manchmal von den Lymphhöhlen beiseite und an die Epithelschichte gedrückt wurden. In manchen Papillen lag der Endothelbelag der Höhlen dem Epithel hart an. Die Epithelschichte war ziemlich schmal.

Aus Besniers Beschreibung der kavernösen Lymphangiome wollen wir noch hervorheben, dafs manche der Gruppen bildenden Elemente schwärzlich oder bluthaltig, die meisten gelblichrot oder rötlich, opak an ihrer Basis, dysidrosisähnlich sind. Die gröfseren Konglomerate zeigen häufig kleine venöse Teleangiektasien. Die in diesen

Elementen enthaltene Flüssigkeit ist hell, serumartig und enthält Lymphzellen.

Wir wollen gleich hier bemerken, dafs wir diesen Fall nicht als Beispiel eines reinen kapillären Lymphangioms gelten lassen können. Derselbe ist mit den von LEISTIKOW in dem Hamburger ärztlichen Verein vorgestellten, von mir (l. c.) publizierten und auch histologisch untersuchten Fall von cirkumskripter Elephantiasis oder Fibromatose mit kapillärem Lymphangiom in eine Reihe zu stellen.

Wir umgehen nun die Reihenfolge der Publikationen, um vorerst einen von THIBIERGE in der Pariser Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fall mitzuteilen. Es handelte sich hier um einen 28jährigen Mann, der seit dem Alter von 10 Jahren an der Innenwand der linken Achselhöhle kleine Bläschen hat, welche anfangs bläulich, rot sind, sich später entfärben und endlich wie Herpesbläschen aussehen. Die letzteren sind gegenwärtig in geringerer Zahl vorhanden. Die in ihnen enthaltene farblose Flüssigkeit enthält keine weifse Blutzellen. Öffnet man ein Bläschen, so fliefst nur so viel Flüssigkeit ab, als in ihm enthalten ist. Unter den Bläschen ist die Haut verdickt und weich und bietet die Konsistenz gewisser Angiome. (Es wird jedoch nicht gesagt, ob diese Verdickung kompressibel sei, wie sonst Blutgefäfsangiome.) Eine histologische Untersuchung dieses Falles fehlt. Nach THIBIERGE sind nur die Fälle von MALCOLM MORRIS, HUTCHINSON und der oben mitgeteilte Fall von BESNIER (und VIDAL) Lymphangiome.

De SMET und BOCK lassen die Fälle von TILBURY und COLCOT FOX, HUTCHINSON CROCKER, HAYES, WALSHAM, KÖBNER, MALCOLM MORRIS, NOYES und TÖRÖK und den von ihnen beobachteten in einer gemeinsamen Klasse, behaupten jedoch auf Grund ihrer histologischen Untersuchungen, dafs diese Prozesse mit Unrecht den Namen des Lymphangioma circumscriptum führen. Eigentlich seien dies Hämangiome, und die genannten Autoren geben ihnen den Namen: Angiomes kystiques. Ich lasse hier die klinische und histologische Beschreibung ihres Falles folgen, wobei ich weniger Bedeutungsvolles weglasse.

Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen. Die Krankheit ist vor 7 Jahren aufgetreten und sehr langsam vorwärts geschritten, mit Ausnahme der letzten Zeit, wo ihre Ausbreitung etwas rascher vor sich ging und die Aufmerksamkeit auf sich zog.

Die Hautveränderung erscheint in Form unregelmäfsiger Inseln von verschiedener Gröfse (manchmal 1—2 Centimeter im Durchmesser), von denen 15 vorhanden sind. Dieselben haben ihren Sitz im linken supraklavikulären Dreieck, sie überchreiten ein wenig den Rand des Musculus trapezioides und reichen nach vorne bis an den vorderen Rand des Sterno-cleido-mastoideus. Die Haut zwischen den Inseln ist voll-

kommen gesund. Diese Inseln werden von Konglomeraten ziemlich erhabener, den Herpes-Zoster-Gruppen ähnlicher Bläschen gebildet. Sie sind von verschiedener Gröfse, einige kaum nadelspitzgrofs, andere von der Gröfse eines grofsen Schrotkornes; an den meisten Stellen fliefsen sie ineinander und bilden oft mehrere übereinander gereihte Lagen, wobei die höher gelagerten Bläschen andere, tiefere vermuten lassen. Einige sind mit Septen versehen, andere kommunizieren untereinander. An anderen Punkten stehen die Bläschen isoliert; manchmal findet man eines vollkommen isoliert. Diese Konglomerate bieten im ganzen ein verruköses Aussehen dar; ihre Farbe ist kaum von der benachbarten Haut verschieden, mit Ausnahme einiger Bläschen, welche rot, purpurfarben sind; einige Blutkapillaren sind an gewissen Stellen mehr auffallend. Diese Läsionen sind schmerzlos, selbst auf Druck; kein Jucken vorhanden. Der Inhalt dieser Cystchen ist durchsichtig, farblos, flüssig. Die Agglomerate verbreiten sich sehr langsam, von Zeit zu Zeit jedoch erscheinen neue Bläschengruppen, immer in derselben Region. Die Bläschen bieten schon von Anfang an (bei Lupenvergröfserung) ein cystisches Aussehen dar und sind mit einer transparenten Flüssigkeit erfüllt. Es ist gar kein Zeichen von Kongestion oder von irgendwelcher Reaktion in der Haut vorhanden. Ist das Aneinanderstofsen der sich nacheinander bildenden Bläschen geschehen, dann sieht man zwischen ihnen einige erweiterte Gefäfse auftreten, und manchmal füllen sich ein oder zwei Bläschen plötzlich mit Blut.

Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde die Stachelschichte beinahe aufs Dreifache vergröfsert gefunden, und auch die interpapillären Leisten waren stark verlängert. (In der beigefügten Figur jedoch erscheint die Stachelschichte über den Bläschen, wennschon nicht verdünnt, keineswegs verdickt.) Diese Verdickung wird von den Autoren als für den Prozefs bedeutungslos erklärt. Die hauptsächliche Veränderung der Papillarschichte besteht im Vorhandensein cystischer Alveolen. Die erste Veränderung besteht in einer allgemeinen Erweiterung des papillären, arteriellen Blutgefäfses. Dies ist das Anfangstadium des Prozesses. Im weiteren Verlaufe erweitert sich das papilläre Blutgefäfs noch mehr und occupiert beinahe die ganze Papille, sein Endothel ist noch intakt. „Später vergröfsern sich diese Erweiterungen noch mehr, um endlich wahre Cysten des Korium zu werden. Die Endothelialauskleidungen benachbarter Höhlen nähern sich einander und sind endlich nur durch eine dünne Bindegewebsschiche von einander separiert. In einem späteren Stadium „kommunizieren diese Erweiterungen miteinander und bilden wahre Blutcysten, welche rote und weifse degenerierte Blutzellen und ein fibröses (soll wohl heifsen: fibrinöses) Netz enthalten. Diese Zelltrümmer verschwinden später, werden

resorbiert, und ihre Stelle wird von einer durchsichtigen Flüssigkeit eingenommen." Die sich tiefer bildenden Bläschen heben die oberen über das Hautniveau empor. Die fixen Zellen des Korium scheinen etwas vermehrt zu sein.

Aus dieser Untersuchung schliefsen die Autoren, dafs es sich hier in erster Reihe um eine Erkrankung des arteriellen Papillargefäfses handelt, welches sich aus dem Anfangsstadium kleiner Aneurysmen zu Cysten mit serösem Inhalte umwandelt.

Durch die bisher referierten Arbeiten scheint also häuptsächlich die von mir gegebene Fassung der Klasse des Lymphangioma capillare varicosum gestört. Einzelne oder alle von mir — und von englischen Autoren — in eine gemeinsame Klasse gestellten Prozesse, denen nach meinen histologischen Untersuchungen neoplastische Vorgänge am Lymphgefäfssystem entsprechen, werden als Hämangiome erklärt. Besnier hat, indem er Schmidts Fälle, sowie den von mir und Noyes veröffentlichten mit den von C. Fox publizierten Lymphangiektasisfällen in eine Kategorie stellte, diese, sowie den ersten Fall seiner Beoachtung mit dem Angiokeratoma Mibellis in die engste Beziehung gebracht, da ich nachgewiesen habe, dafs die erwähnten Fälle C. Fox mit dem letzteren identische Prozesse darstellen. Auch Besnier ist übrigens der Meinung, das C. Fox nichts anderes als Angiokeratomfälle vor Augen gehabt, als er seine Beoachtungen über Lymphangiektasis schrieb. Thibierge folgt dem Beispiele Besniers, indem er nur die Fälle von Hutchinson, T. und C. Fox und Malcolm Morris als wahre Lymphangiome anerkennt. Aus den Publikationen der letztgenannten Autoren ergiebt sich eigentlich nur der einzige, essentielle Unterschied zwischen den fraglichen Lymphangiomfällen und dem Angiokeratoma, dafs sich ein Teil der Blutcysten bei ersteren in späteren Entwickelungsstadien mit seröser Flüssigkeit anfüllt.

Nach Smet und Bock sind alle als zirkumskripte Lymphangiome der Haut bekannten Fälle wesentlich Hämatangiome. Trotzdem ich diese Behauptung als falsch erklären mufs, finde ich die Stellung der letzteren Autoren in dieser Frage für begründeter als die Besniers und Thibierges. Denn fufsend auf die histologische Untersuchung ihres Falles, in welchem sie die Entstehung der Bläschen aus Blutkapillaren nachgewiesen zu haben glaubten, konnten sie nicht anders, als die übrigen bekannten Fälle in ähnlicher Weise zu beurteilen. Und in der That, alle die von uns in die Klasse der varikösen, kapillären Lymphangiome gestellten früheren Fälle bieten eine solche vollkommene Analogie mit dem von mir untersuchten, sowie mit dem ersten Fall Schmidts und auch mit dem von De Smet und Bock, dafs eine Ausscheidung der letzteren aus der Gruppe der übrigen und die Anreihung derselben an das Angiokeratom kaum begreiflich erscheinen mufs.

Ich lasse nun vorerst die Fälle Besniers und Thibierges aufser Acht, um auf dieselben später zurückzukommen, und will untersuchen, ob die Auffassung Besniers und Thibierges, sowie die von De Smet und Bock bei den hier in Betrachtung kommenden Fällen aufrecht erhalten werden kann, oder ob sie der Berechtigung entbehre.

In dem Falle Schmidts wird angegeben, dafs sich die Krankheit gleich von Anfang durch Auftreten kleiner Bläschen auf der Haut der medialen Seite des linken Oberschenkels auszeichnete. Von purpurroten Punkten, wie sie bei den sich entwickelnden Hämatangiomen auftreten und auch von Besnier bei der Entscheidung der Frage, ob Lymphangiom oder Hämatangiom, herangezogen werden, ist hier keine Rede. Es finden sich auch keine erweiterten Gefäfse. Beim Einstich in die Bläschen entleert sich wohl nur wenig seröse Flüssigkeit, bei der Excision eines Hautstückes jedoch flofs reichlich seröse, leicht gelblich gefärbte, etwas klebrige Flüssigkeit, die als Lymphe gedeutet wurde. Nach Druck auf die Umgebung wurde der Strom stärker, ja, es wird sogar angegeben, dafs hierbei die erwähnte Flüssigkeit in einem feinen Strahle hervorspritzte. In den Schnitten erwiesen sich die Hohlräume, welche die Papillarschichte ebenso wie das retikuläre Korium und das Fettgewebe betrafen, mit einer granulösen Masse, welche vereinzelte Lymphzellen enthielt, erfüllt. Einzelne kleinere Hohlräume enthielten eine grofse Anzahl von Lymphzellen. Aufserdem konnte Schmidt Beweise einer heteroplastischen Neoplasie von Lymph kapillaren erbringen.

Dieser kurze Abrifs des ersten Falles Schmidts läfst denselben klar und deutlich als Lymphangioma erscheinen. Es ergiebt sich nicht ein einziger Anhaltspunkt für die Auffassung Besniers. Als Unterschied gegen die übrigen Lymphangiomata circumscripta ist hier nur hervorzuheben, dafs die lymphangiomatöse Neubildung sich in diesem Falle weit tiefer als bei den übrigen Beobachtungen, d. h in das Corium reticulare und das subkutane Fettgewebe erstreckte.

Den zweiten Fall Schmidts, Lymphangioma mucosae oris simplex, bei welchen es sich nach dem histologischen Befunde ebenfalls um ein Lymphangiom handelte, übergehe ich, da es sich dabei nicht um eine Lymphgefäfsgeschwulst der Haut — und von diesen wird hier gesprochen — handelte.

In dem von mir und Noyes publizierten Fall ist von roten Punkten, als Beginn der Bläschenbildung auch nichts angegeben. Im Gegenteil, es wird deutlich gesagt, dafs die Affektion in Form einer Blase aufgetreten sei, welche die Mutter der Patientin auf „Verbrennung durch die abgefallene Zündmasse eines Streichholzes“ zurückzuführen bemüht war. Dann traten andere „ähnliche Flecken“ auf, welche endlich miteinander zusammenflossen. Die Elemente der Geschwulst werden als vesikuläre

Körperchen beschrieben, durch deren Decke man den opaleszierenden oder klaren Inhalt zu sehen vermag. Über einzelne Bläschen ziehen erweiterte Kapillaren hinweg. Die Bläschen entleeren eine klare, wässerige alkalische Flüssigkeit. Nur einzelne Bläschen „haben eine blaurote Farbe angenommen und sehen aus, als ob eine Extravasation venösen Blutes in die kleinen Hohlräume stattgefunden hätte". Aus der von mir ausgeführten histologischen Untersuchung geht ganz zweifellos hervor, dafs es sich in diesem Falle um Neubildung mit konsekutiver variköser Erweiterung von Lymphgefäfsen, zum geringen Teil auch von Blutkapillaren handelt. Ich habe diese Fälle daher „kapilläre variköse Lymphangiome, resp. Hämatolymphangiome" genannt, das letztere mit Rücksicht auf die ebenfalls vorhandene Neubildung von Blutgefäfsen. Es ist jedoch zu erwähnen, dafs die Blutgefäfsneubildung im Vergleich zu der Neoplasie der Lymphangiome blofs eine untergeordnete Rolle spielt.

Betrachten wir nun den Fall De Smet und Bock. Ich gestehe, dafs ich aus der klinischen Beschreibung derselben kaum irgend etwas anführen könnte, was zu Gunsten der Auffassung dieses Prozesses als Hämangiome sprechen würde, höchstens etwa die Bemerkung, dafs „einige Bläschen rot, purpurfarben" waren. Die oben gesperrt gedruckten Zeilen sprechen vielmehr eher gegen diese Annahme; sie sagen uns, dafs selbst die allerkleinsten Bläschen von einer transparenten Flüssigkeit erfüllt sind; die erweiterten Blutkapillaren treten viel später auf. Bezeichnend ist die Bemerkung, dafs manchmal ein bis zwei Bläschen sich plötzlich mit Blut füllen. Deutet dies etwa nicht darauf hin, dafs wir bei der Erklärung dieses Prozesses den entgegengesetzten Weg einschlagen sollten, als De Smet und Bock und eher die blutgefüllten Cystchen aus Lymphbläschen durch Hämorrhagie in dieselben ableiten müfsten, als dafs wir die transparenten Bläschen aus Blutcysten hervorgegangen auffassen? Auch mufs es recht befremden, dafs trotz der von De Smet und Bock angenommenen Entstehungsweise beinahe alle Bläschen eine transparente Flüssigkeit enthalten und zwar schon in ihrem frühesten Entwickelungsstadium. Man sollte doch erwarten, dafs ein grofser Teil von noch nicht serös umgewandelten Blutcysten als rote Punkte und als Konglomerate von solchen erscheinen müfsten, ebenso wie bei dem typischen Angiokeratome von Mibelli. Es besteht also zwischen dem klinischen Bilde und dem klinischen Entwickelungsgange dieses Falles und den histologischen Befunden und den daraus gezogenen Schlüssen De Smets und Bocks ein deutlicher Gegensatz.

Diesen Gegensatz erkennen wir noch klarer, indem wir uns zu den histologischen Befunden der beiden Autoren wenden. Der Ausgangspunkt des Prozesses soll darin bestehen, dafs sich das papilläre „arterielle" Gefäfs in seinem ganzen Verlaufe (en masse) stark erweitert und bald

beinahe die ganze Papille occupiert. Es ist aber unmöglich anzunehmen, dafs hiervon klinisch nichts wahrnehmbar sei. Ähnliche Erweiterungen des papillären Gefäfses müssen, wenn sie vorhanden sind und wenn sie wirklich den Ausgangspunkt des Krankheitsprozesses bilden, an verschiedenen Stellen der erkrankten Region, und zwar recht häufig als rote Punkte sichtbar sein. Ihre Umwandlung zu serösen Bläschen müfste dann ebenfalls klinisch zu verfolgen sein. Wir können an der Richtigkeit des Befundes von SMET und BOCK nicht zweifeln, müssen aber dafür eine andere Erklärung suchen. Doch hiervon soll weiter unten gehandelt werden.

Die genannten Autoren geben des weiteren an, dafs sich der Inhalt der zusammenmündenden benachbarten Erweiterungen vergröfserter Cysten serös umwandelt. Dafs dies aber geschehe, ist schwer verständlich. Da nämlich nichts davon gesagt wird, ob diese Cysten sich abschnüren, mufs angenommen werden, dafs der Zusammenhang mit den Blutgefäfsen weiter besteht, eine wenn auch verlangsamte Cirkulation und damit eine Erneuerung des Inhaltes der „Cysten" also immer vor sich geht. Die Cysten mit serösem Inhalt können demnach nicht aus den mit Blut gefüllten abgeleitet werden. Diese müssen einen anderen Ursprung besitzen. Dabei können Cysten, welche mit Blutzellen vermengtes Serum enthalten, dadurch entstehen, dafs das Blut erst sekundär, nach Ruptur eines benachbarten Gefäfses in die mit seröser Flüssigkeit gefüllte Höhle gelangte. Ähnliche Befunde habe ich auch in dem von mir untersuchten Falle gemacht. Solche Bilder können aber leicht so gedeutet werden, dafs der Blutinhalt der Hohlräume in seröser Umwandlung begriffen sei.

Vergleichen wir nun SCHMIDTS Fall und den von NOYES und mir mitgeteilten oder den von DE SMET und BOCK beschriebenen mit den von BESNIER und THIBIERGE als typisch anerkannten Lymphangiomen HUTCHINSONS und MALCOLM MORRIS', dann finden wir, dafs kein wesentlicher Unterschied zwischen ihnen besteht. Die Bläschen und deren Agglomerate haben dasselbe Aussehen, dasselbe Verhalten, denselben Verlauf wie in den obigen Fällen; auch bei diesen enthalten manche Blut; auch diese weisen jene feinen Blutkapillaren an ihrer Oberfläche auf, welche in unseren und in dem Falle der Brüsseler Autoren vorhanden waren. In einem Falle HUTCHINSONS wird sogar angegeben, dafs die angestochenen und entleerten Bläschen sich bald mit Blut füllten. Es ist daher nicht recht einzusehen, weshalb die zuletzt publizierten Fälle (SCHMIDT, NOYES und TÖRÖK, SMET und BOCK) nicht mit den Beobachtungen HUTCHINSONS und MALCOLM MORRIS' in eine Kategorie zu stellen seien. Meinem Dafürhalten nach stellt sich beim Vergleich gerade der Fall SCHMIDTS als das reinste Lymphangiom von allen dar, denn bei diesem ist von Veränderungen am Blutgefäfssystem, von bluthaltigen Cysten, welche in den meisten übrigen Fällen vorhanden sind, gar nicht die Rede.

Auf Grund der klinischen und histologischen Beobachtung können wir bisher zwei Fälle als sichere kapilläre, variköse Lymphangiome ansprechen; dies sind gerade der SCHMIDTsche und der NOYES-TÖRÖKsche Fall. Die Fälle von HUTCHINSON, TILBURY und COLCOTT FOX etc., welche mit diesen beiden so vollkommen kongruieren, sind histologisch nicht so genau untersucht, gehören aber auf Grund ihrer klinischen Charaktere ebenfalls in diese Klasse. Ebenso müssen wir den Fall von DE SMET und BOCK hierherzählen, doch ist für gewisse, oben erwähnte einander widersprechende Befunde noch die Erklärung zu finden. Überdies müssen noch die Fälle BESNIERS und THIBIERGES besprochen werden.

Indem wir uns an diesen Teil unserer Aufgabe machen, entsteht für uns die Aufgabe, das Angiokeratom MIBELLIS mit in den Bereich unserer Betrachtungen zu ziehen. Wir lernen in demselben das typische kapilläre Hämatangiom kennen und werden dadurch besser in den Stand gesetzt, die Grenzen zwischen kapillären Hämatangiomen und Lymphangiomen abzustecken. Wir wissen ja, dafs BESNIER den einen seiner Fälle zusammen mit SCHMIDTS und den von mir untersuchten Fall in eine Reihe mit dem Angiokeratom gestellt, und dafs auch THIBIERGE einer ähnlichen Auffassung huldigt.

Auf eine detaillierte Beschreibung des Angiokeratoms hier einzugehen, finde ich nach dem kürzlich in diesen Blättern erschienenen Artikel PRINGLES über diesen Gegenstand für überflüssig. Ich will jedoch hier einen Teil einer ausgezeichneten Monographie über das Angiokeratom meines geschätzten Freundes MIBELLI auszugsweise mitteilen, und zwar denjenigen, welcher sich mit dem Vergleiche des Angiokeratoms mit dem Lymphangioma circumscriptum beschäftigt, also für die uns beschäftigende Frage von eminenter Wichtigkeit ist. Als Grundlage dieses Vergleiches dienten MIBELLI einerseits seine Studien über das Angiokeratom, von welchem er sämtliche bisher beobachteten Fälle, und zwar, soweit sie ihm zugänglich waren, vollständig mitteilt[10], andererseits die von NOYES und mir publizierte Arbeit über das kapilläre variköse Lymphangiom.

Ich werde nur wenig den ausgezeichneten Ausführungen MIBELLIS, denen ich mich vollkommen anschliefse, beizufügen haben. Von klinischer Seite ist hervorzuheben, dafs die Elementarläsion des kapillären, varikösen Lymphangioms anfangs von kleinsten Papeln gebildet wird, welche an ihrer Spitze ein allerkleinstes durchscheinendes Bläschen tragen, oder auch

---

[10] Diese sind in chronologischer Folge ein Fall von DUBREUILH, drei Fälle von COLCOTT FOX, je einer von MIBELLI und MERKLEN, zwei von PRINGLE, je einer von BERTARELLI, BUZZI, MIBELLI-BARDUZZI, 6 Fälle in einer Familie von MIBELLI und anhangsweise mehrere von BREDA. Ich kann dem Leser nicht warm genug die Lektüre des Originals, in welchem die Klinik, die Histologie, die Pathogenese des Angiokeratoms in vollkommenster Weise ausgeführt ist, empfehlen.

einfach von etwas gröfseren Bläschen, welche eine wässerige, klare lymphatische Flüssigkeit enthalten. Beim Angiokeratom hingegen finden wir niemals Effloreszenzen, welche transparente Bläschenform haben, und im Anfang wird dieser Prozefs durch rote Fleckchen, von teleangiektatischem Aussehen repräsentiert, welche deutlich anzeigen, dafs ihr Inhalt aus Blut und nicht aus Lymphe besteht.

Bei weiterer Entwickelung erreichen die papulovesikulösen Effloreszenzen des Lymphangioms die Gröfse einer halben Erbse (auch Erbsengröfse A.); ihre Oberfläche wird leicht verrukös, doch selbst durch die verdickte Wand ist ihr klarer Inhalt zu konstatieren. Die Effloreszenzen haben die Tendenz, miteinander zusammenzufliefsen zu verschieden grofsen Agglomeraten, welche sich wieder (durch Dazwischentreten neuerer Bläschen A.) zu gröfseren Plaques vereinigen können; und diesen Konglomeraten, nicht den einzelnen Effloreszenzen, verdankt die Affektion das leicht verruköse Aussehen. Beim Angiokeratom sind die Elemente unregelmäfsig zerstreut; es bilden sich hier nie grofse Konglomerate. Und man sieht selten selbst zwei oder drei (niemals mehr) Geschwülstchen sich einander nähern oder miteinander verschmelzen. Die verruköse Beschaffenheit ist bei jeder einzelnen Effloreszenz klar ausgeprägt, so dafs man hier nicht von verrukös aussehenden Herden, sondern von wahren „Verrucis“ sprechen mufs.

Während das Angiokeratoma sich nur an den Händen und Füfsen entwickelt, kommt das Lymphangiom an verschiedenen Stellen des Körpers (Kinn, Nacken, Rücken, Schenkel etc.) vor.

Ich möchte noch hinzufügen, dafs das Lymphangiom sich manchmal mit elephantiastischen Verdickungen der betreffenden Region, mit erysipelatoiden Entzündungen, mit lymphangiomatösen Veränderungen der gröfseren Lymphgefäfse[11] vergesellschaftet, dafs es durch Dazwischentreten erysipelatoider Entzündung in Elephantiasis übergehen kann (s. den Fall von Colcott und Tilbury Fox).

Der Vergleich der histologischen Befunde bei beiden Prozessen deckt eine grofse Analogie der Architektur zwischen beiden Prozessen auf. In der That konnte Mibelli alle Befunde von homöoplastischer und heteroplastischer Neoplasie, welche ich beim Lymphangioma capillare varicosum gemacht hatte, auch beim Angiokeratoma bestätigen. Auch dieses stellte sich als ein variköses Angiom dar. Doch waren diese Veränderungen beim Angiokeratoma alle am Blutgefäfssystem zu beobachten, während sie bei dem Lymphangiom das Lymphgefäfssystem betrafen.

Wie ich schon früher hervorgehoben habe, nimmt auch das Blutgefäfssystem an der Neoplasie beim Lymphangiome teil. Auch bei

[11] S. die oben citierte Arbeit von Noyes und Török.

diesem waren Zeichen der homöoplastischen und heteroplastischen Neoplasie wahrnehmbar, und einzelne rot gefärbte Bläschen gingen sicherlich aus den Blutgefäfsen hervor. (Andere erhielten ihren blutigen Inhalt erst sekundär, durch Hämorrhagie eines benachbarten Gefäfses.) Das Lymphangioma capillare varicosum erwies sich somit als ein gemischter Tumor (Hämato-Lymphangioma); doch war die Rolle des Lymphgefäfssystems bei weitem überwiegend, weshalb ich auch den Namen Lymphangioma einfach beliefs. Mibelli weist nun nach, dafs beim Angiokeratom auch das Lymphgefäfssystem eine wenn auch äufserst untergeordnete Rolle spielt; dafs sich mit Lymphe gefüllte Lakunen bilden, welche oft sekundär mit neugebildeten Bluträumen in Kommunikation treten und dadurch einen blutigen Inhalt bekommen.

Betrachten wir auf Grund dieser Kenntnisse die Fälle von Besnier, De Smet und Bock und Thibierge, so ergiebt sich die Unmöglichkeit, dieselben als Hämatangiome aufzufassen, von selbst. Die Fälle Besniers (1) und Thibierges, und zwar ganz besonders der erstere, stellen Mischgeschwülste dar, in welchen sowohl das Lymph- als das Blutgefäfssystem an der Neoplasie regen Anteil nimmt. Sie unterscheiden sich dadurch von den übrigen Fällen des Lymphangioma capillare varicosum, dafs die Rolle des Blutgefäfssystems bei ihnen eine regere ist. Jacquet konnte daher leicht in dem exzidierten Stücke, welches ihm zur histologischen Untersuchung übergeben war, hauptsächlich Veränderungen am Blutgefäfssystem nachweisen, welche jedoch nur die Erklärung für die Bildung der bluthaltigen Cystchen liefern. Da er in dem exzidierten Stückchen keine analogen Veränderungen des Lymphgefäfssystems auffand, dieselben vielleicht infolge geringeren Ausgeprägtseins derselben an der betreffenden Stelle auch übersah, konnte er zu dem irrtümlichen Schlusse gelangen, dafs die hellen Bläschen aus Blutgefäfserweiterungen durch seröse Umwandlung des blutigen Inhalts entstehen. Eine ähnliche Erklärung bin ich geneigt, den histologischen Befunden von De Smet und Bock zu geben. Bei der geringen Beteiligung des Blutgefäfssystems an diesem Falle, wie sich dies aus dem klinischen Bilde schliefsen läfst, mufs hier geradezu ein ungünstiger Zufall sich eingemischt und den genannten Forschern gerade solche Stellen in die Hand gespielt haben, wo das Blutgefäfssystem sich als aktiver erwies. Es ist jedenfalls hervorzuheben, dafs in dem Texte nicht gesagt wird, ob transparente Bläschen exzidiert wurden; es ist also immerhin möglich, dafs blutig tingierte Stellen der Untersuchung als Objekte gedient haben. Dies ist sogar mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen mit Rücksicht auf den von mir schon früher erwähnten Umstand, dafs ähnliche Gefäfserweiterungen in den Papillen, wie sie die genannten Autoren beschreiben, sich klinisch unbedingt als rote Punkte verraten müssen. Bei den Fällen Besniers (1)

und Thibierges geschieht auch in der That roter Punkte Erwähnung; diesen entsprechen unter dem Mikroskope die erweiterten Papillengefäfse resp. die bluthaltigen Hohlräume.

Ich will noch einige Worte bezüglich des zweiten Falles Besniers und den Schmidts anschliefsen. Der erstere, welchen Besnier characterisiert als „lymphangioderme circonscrit en nappe, développé sur un naevus vasculaire, soutenu par une base pachydermique, et évoluant par poussées successives fébriles, exactement à la manière de l'éléphantiasis, — lymphangiome pachydermique, ou pachydermie lymphangiomateuse" ist kein reiner Fall des Lymphangioma capillare varicosum. Derselbe ist neben den von Leistikow in der Hamburger ärztlichen Gesellschaft vorgestellten, von mir klinisch und histologisch beschriebenen Fall[12] zu stellen und bildet mit diesem und dem Fall von Colcott und Tilbury Fox nebst einem Fall Hutchinsons eine Übergangsreihe vom Lymphangioma cap. varic. zur Elephantiasis.

Im Falle Schmidts zeigten — wie schon früher erwähnt — im Gegensatze zu den übrigen Fällen auch die tieferen Schichten des Korium und das subkutane Fettgewebe lymphangiomatöse Veränderungen. Dieser stellt sich also als Anfangsglied jener Reihe dar, welche vom Lymphangioma capillare varicosum zu den lymphangiomatösen Veränderungen der tieferen Lymphgefäfse hinüberleiten.[13]

Der Fall Schmidts ist aber in noch einer Beziehung bemerkenswert. Beim Anstechen der Bläschen nämlich ist der Ausfluſs der Lymphe in allen Fällen ein sehr geringer. Diese Thatsache scheint manchen Autor auch gegen die lymphangiomatöse Natur der hier besprochenen Prozesse eingenommen zu haben. So betont besonders Thibierge, dafs die seröse Flüssigkeit aus den angestochenen Cystchen nur so lange abfliefst, bis diese sich entleert haben. Im Falle Schmidts war nun der Ausfluſs der Lymphe bei der Exzision zweier Stückchen ein ziemlich reichlicher. Bedenkt man, dafs nach den neueren Untersuchungen Kromayers über die Lymphbahnen und die Lymphcirkulation der Haut[14], die Lymphkapillaren und Lymphspalten der Haut gewöhnlich nahezu leer sind, so wird man sich über die geringe Ausbeute an Lymphe beim Anstechen der Lymphbläschen nicht wundern. Da jedoch die lymphangiomatöse Neubildung in Schmidts Fall eine ausgebreitetere ist, tiefere Schichten ergreift und selbst die Region der gröfseren Lymphgefäfsstämme im Unterhautzellgewebe erreicht, so ist daraus erklärlich, weshalb in diesem Falle nach Exzision eines Hautstückes der erkrankten Region eine, besonders nach Druck auf die Nachharschaft reichlichere Menge von Lymphe gewonnen werden konnte.

[12] Noyes und Török l. c.
[13] S. auch in dieser Hinsicht Noyes u. Török l. c.
[14] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. No. 9. 1891.

Alles in allem genommen, mufs ich an der Konstitution der Klasse des Lymphangioma capillare varicosum, wie ich sie in dem mit NOYES publizierten Artikel gegeben habe, festhalten. Zu den dort in diese Klasse gestellten Fällen (3 Fälle HUTCHINSONS, je einer von TILBURY und COLCOTT FOX, KÖBNER, NOYES und TÖRÖK, CROCKER, WALSHAM und HAYES) kommen nun noch die Fälle von SCHMIDT, DE SMET und BOCK. Diesen schliefsen sich enge an die Fälle von LEISTIKOW und BESNIER (2), welche mit Fibrombildung verbunden waren (Lymphangioma capillare varicosum fibromatosum), und endlich Fälle, in denen das Blutgefäfssystem einen regeren Anteil an der Neoplasie nimmt (Fall 1 von BESNIER, Fall von THIBIERGE, Hämatolymphangioma capillare varicosum, als Verbindungsglieder mit dem Angiokeratoma (Hämangioma capillare varicosum keratoides) MIBELLIS.

Unverändert bleibt die Klasse der kapillären, kavernösen Lymphangioma, welche die Fälle HARLINGENS und POSPELOWS umschliefst.

Die Klasse des Lymphangioma multiplex s. Lymphangioma capillare fibrosum (tuberosum) hingegen ist aufzulassen. In einer der Besprechung des Artikels von NOYES und TÖRÖK durch WICKHAM (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, II. Bd. No. 4, 1891) beigefügten Note habe ich schon erklärt, dafs die Vermutung JACQUETS, dafs das Lymphangioma tuberosum multiplex KAPOSIS nichts anderes wäre, als ein Hydradénome (Syringocystadenom, Epithelioma cysticum benignum, Cystadenoma epitheliale benignum), durch die Publikation von LESSER und BENEKE eine gewichtige Stütze bekommen habe. In einer Besprechung des Artikels von SCHMIDT in diesen Blättern[15] habe ich mich dahin geäufsert, dafs, falls der Fall LESSERS und BENEKES thatsächlich mit dem von KAPOSI beschriebenen Lymphangioma multiplex identisch sei, das letztere aus der Gruppe der Lymphangiome ausgeschieden werden müfste, da es dann nichts anderes als ein cystisches Epitheliom repräsentieren würde. Zu gleicher Zeit hat L. PHILIPPSON[16] die Publikation der genannten Autoren einer eingehenden kritischen Besprechung unterzogen und gelangte zu dem Schlusse, dafs in diesem Falle genügende Beweise für die Diagnose Lymphangiom nicht erbracht wurden. Auch er stellt ihn mit den als Hydradenom, Cystadenom, Kolloidmilium etc. beschriebenen Prozesse in eine Reihe. BESNIER[17] endlich erklärt sich nach einem klinischen und histologischen Vergleiche des letzteren Prozesses mit der von KAPOSI beschriebenen Affektion mit voller Bestimmtheit für die Identität des Lymphangioma tuberosum multiplex mit dem Hydradenoma (epithelioma cysticum benignum etc.).

---

[15] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XII. No. 6. 1891.
[16] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XII. No. 5. 1891.
[17] l. c. pag. 367 u. folg.

Auf die Frage nach der Gestaltung der Klasse der kapillären Lymphangiome mufs daher unsere Antwort lauten, dafs dieselbe nunmehr blofs zwei Gruppen umschliefst, nämlich

1. das variköse Lymphangiom,
2. das kavernöse Lymphangiom.

Nachtrag.

Soeben lese ich in dem Artikel des Dr. WLADIMIR LUKASIEWICZ, klinischen Assistenten an der Abteilung des Prof. KAPOSI: Über multiple Dermatomyome (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. I.) folgenden Satz: „Neulich wurde ein ähnlicher Fall von LESSER beschrieben, der zuerst für Dermatomyome gehalten, durch BENEKES histologische Untersuchung jedoch als Lymphangioma tuberosum multiplex (KAPOSI) diagnostiziert wurde." Die Frage vom Wesen des letzteren Prozesses ist hiermit endgültig entschieden. Da der LESSER-BENEKEsche Fall an der Klinik KAPOSIS als Lymphangioma tuberosum multiplex anerkannt wurde, mufs der als mit demselben identisch anzusehende, ursprüngliche Fall KAPOSIS ganz derselben Beurteilung unterzogen werden. Die von mehreren Autoren (s. o.) geäufserte Ansicht, das Lymphangioma multiplex KAPOSIS sei nichts anderes als ein Hydradenoma (Syringocystadenoma etc.), hat sich also als vollkommen der Wahrheit entsprechend erwiesen.

Ein Fall von HUTCHINSONs „Eruptio aestivalis bullosa".

Von

Dr. T. BROES VAN DORT
in Rotterdam.

Nachdem in den Jahren 1890 und 1891 aus Dr. UNNAS Klinik in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* einige Fälle von HUTCHINSONS Sommerkrankheiten durch BERLINER (Aachen) und BURI (Basel) mitgeteilt und mit Berücksichtigung der HUTCHINSONschen und HANDFORDschen Fälle eingehend besprochen sind, möchte es fast überflüssig scheinen darüber schon wieder etwas mitteilen zu wollen. Aus der Thatsache jedoch, dafs jeder Dermatologe von der Seltenheit der betreffenden Krankheit überzeugt ist, erwächst für mich die Aufgabe, im Interesse einer etwaigen Statistik, meinen Fall bekannt zu machen. Wiewohl er zu meinem

Bedauern etwas kurz beobachtet ist, so war doch die Beobachtung lang genug zur Sicherstellung der Diagnose.

In einem der letzten Sommermonate konsultierte mich eine Dame von 30 Jahren über eine immer und stets recidivierende Hautkrankheit, woran sie seit vielen Jahren im Frühjahr und Sommer litt. Wiewohl sie sich nicht genau erinnern konnte, in welchem Lebensjahre die Krankheit angefangen hat, gab sie doch mit Sicherheit an, dafs es jedenfalls schon vor 12 Jahren war, dafs sich die ersten Krankheitssymptome in der Form von roten Flecken und Blasen zeigten. Aufserdem meinte sie auch in den Kinderjahren an einer Hautkrankheit gelitten zu haben. Die die Jugendzeit betreffenden Angaben waren jedoch so unbestimmt, dafs ich keinen Wert darauf zu legen mich genötigt sah. Als Ursache der Krankheit meinte die Patientin die Einwirkung der Sonnenstrahlen annehmen zu müssen, da manchmal im Frühjahr und Sommer, nach einem Spaziergang bei hellleuchtender Sonne, entweder ein Ausbruch oder eine Verschlimmerung des Exanthems folgte. Das Allgemeinbefinden war immer gut. Die Therapie hatte niemals Resultate.

Im vergangenen Sommer war der Ausschlag, wie fast immer, nach einem heifsen Junitage hervorgetreten, teilweise in Form kleiner erythematöser Flecke, teilweise von Bläschen auf Nase, Wangen, Ohren und Stirn. In 4 oder 5 Tagen sind die Efflorescenzen verschwunden, d. h. die Bläschen geborsten, die dünnen Krusten abgefallen, einzelne mit Zurücklassung seichter runder Narben. Während des nafskalten Sommers ist die Patientin freigeblieben, jedoch nach einem heifsen Julitage recidivierte das Exanthem und einige Tage nach Ausbruch desselben stellte Patientin sich mir zum ersten Male vor. Bei diesem Besuche waren die Krankheitserscheinungen so wenig auffallend, dafs es mich eben wunderte, dafs die Patientin nicht zwei, drei Tage früher gekommen war. Der Krankheitsprozefs war fast abgelaufen, so dafs ich meistens auf die Mitteilungen der Patientin angewiesen war. Was ich noch konstatieren konnte, war das Folgende: Auf dem Nasenrücken, auf beiden Wangen und den äufseren Rändern der Ohrmuscheln, auf den Ohrläppchen zeigten sich kleine, braune, wenig adhärente Krusten oder deren Überreste; einzelne waren schon abgefallen mit Hinterlassung roter Flecken. Nur unbedeckte Stellen waren von der Krankheit befallen. Aufser auf dem Gesichte war jedoch nirgendwo die Spur eines Exanthems zu finden. In der Erwartung, vielleicht bald eine neue Eruption konstatieren zu können, schien es mir geboten, bis dahin die Sicherstellung der Diagnose zu verschieben.

Eine Woche später besuchte mich die Dame zum zweiten Male, mit einer sozusagen in voller Blüte stehenden Eruption, wobei man jedoch ohne Schwierigkeit verschiedene Stadien der teilweise erythematösen, teilweise blasenförmigen Efflorescenzen konstatieren konnte. Diese Efflores-

cenzen befanden sich in Gruppen von drei und vier auf der linken Wange, dem linken Nasenflügel, der Mitte des Nasenrückens, der Stirn, den Rändern der beiden Ohrmuscheln und auf beiden Ohrläppchen. Die auf der Wange waren zwei Tage alt, etwas abgeplattet, von dem Umfange einer durchgeschnittenen kleinen Erbse, und bedeckt mit einer dünnen rotbraunen, adhärenten Kruste, aus dem Bersten der Blasen entstanden. Auf Nasenrücken und Nasenflügel waren, nachdem die erbsengrofsen Bläschen geborsten waren, zurückgeblieben je eine Gruppe von drei kleinen feuchten, blutroten, rundlichen Stellen, im Niveau der Nasenhaut gelegen. Reste der Blasen fehlten, wiewohl die Effloreszenzen am vorigen Morgen entstanden und die Blasen vor einigen Stunden platzten, wie die Patientin angab. Die Blasen auf den Ohren (Innenseite, Ohrmuschelränder und Ohrläppchen) waren in letzter Nacht entstanden. Ohne dafs Patientin vorher etwas bemerkte, Juckreiz, oder sonst was, konstatierte sie am Morgen ihres Besuches an Ohren und Stirn einzelne Gruppen von drei oder vier Blasen, vom Umfang einer kleinen Erbse. Bei ihrem Besuch waren die Blasen, etwas konfluierend, prall gefüllt mit gelblichroter, seröser Flüssigkeit. Eine Delle fehlte. Immer hatten die Eruptionen angefangen mit erythematösen Flecken, wovon die meisten die Blasenform annahmen und in der Gröfse immer beschränkt blieben bis zu dem Umfang einer kleinen Erbse, jedoch andere rote Flecke blieben und als solche wieder abblafsten, ohne eine Narbe oder selbst eine Spur zurück zu lassen. Jucken fehlte nicht ganz, war aber unbedeutend. Aus den wenig zahlreichen, kaum sichtbaren, rundlichen, seichten, weifsen Narben, war zu schliefsen, dafs der Krankheitsprozefs wenig intensiv war. Die Patientin suchte denn auch die ärztliche Hülfe aus rein kosmetischem Grunde auf.

Bei der Sicherstellung der Diagnose konnten Impetigo, Herpes und vielleicht Pemphigus in Betracht kommen, aber fast eben so schnell wieder ausgeschlossen werden. Bei der Impetigo sind die Krusten dicker, gelb, die roten Flecke bleiben nach Abfallen der Kruste längere Zeit zurück und aufserdem kann manchmal Kontagium konstatiert werden. Herpes konnte man ausschliefsen auf Grund der zurückbleibenden Narben, das Intaktbleiben der Lippengegend und das immer gute Allgemeinbefinden. Bei Pemphigus findet man gröfsere Blasen, oder wenigstens kommen gröfsere Blasen unter den anderen vor. In unserem Falle fehlt auch der erhabene Rand der Pemphigusblase und man bekommt nicht wie beim eben angefangenen Pemphigus nach dem Bersten der Blase den Eindruck einer Brandwunde. Aufserdem befand sich die Eruption nur im Gesicht. Für das Nichtangegriffensein der Hände lag wohl der Grund vor, dafs die Dame fast immer Handschuhe trug. Übrigens genügten die Ätiologie, die positiven Kennzeichen, die klinischen Symptome, vollkommen zur Sicherstellung der Diagnose.

Das Entstehen der Eruption unter dem Einfluſs der Sonnenstrahlen, das Verschwinden im Winter und bei naſskaltem Wetter, das Recidivieren im Frühjahr und Sommer, das Vorkommen auf unbedeckten Stellen, überhaupt die Thatsache, daſs Sonnenschein Verschlimmerung, naſskaltes Wetter Besserung verursachte, nicht weniger der beschriebene Aspekt der Eruption, führten mich zu der Überzeugung, daſs zwischen den Sonnenstrahlen und der Dermatose ein kausales Band bestehen muſste und daſs hier eine Form der seltenen Eruptio aestivalis vorlag und wohl die von Carl Berliner so genannte „Eruptio aestivalis bullosa". Für den soeben beschriebenen Fall möchte ich den letzten Namen dem von Buri vorgeschlagenen „Eruptio aestivalis vacciniforme" vorziehen, weil in diesem Falle die zurückgebliebenen Narben so seicht und oberflächlich waren, daſs sie jedenfalls nicht mit frischen Pockennarben in Vergleich kommen konnten. Auch die Blasen hatten keine sehr groſse Ähnlichkeit mit Vaccine- oder Variolablasen.

Was die Zeit des Entstehens betrifft, so war, wie gesagt, nicht mit Bestimmtheit zu eruieren, ob die Krankheit schon im Kindesalter entstanden war. Jedenfalls kommen auch in dieser Beziehung Ausnahmen vor, wie z. B. für die Eruptio pruriginosa Berliners Statistik beweist. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. pg. 486 u. 487.)

Im Interesse einer weiteren Beobachtung schien es mir geboten noch eine neue Eruption abzuwarten (um so mehr weil gar keine Gefahr vorlag und die Krankheit aufserdem die Patientin sehr wenig genirte) und dann später die indifferente Puder-Therapie durch eine mehr aktive zu ersetzen, d. h. durch die von Unna und Veiel vorgeschlagene. Die Patientin jedoch machte meinen Plan scheitern, da sie nach dem zweiten Besuche nicht mehr wiedergekommen ist.

Wie von selbst drängt sich bei einer derartigen Krankheit die Frage auf nach der Weise, wie die Sonnenstrahlen unter Umständen ihre deletäre Wirkung auf die Haut ausüben.

Es würde aber zu viel Raum in Anspruch nehmen, ausführliche Mitteilungen über dieses Thema zu machen und die vielen Versuche zu erwähnen, die angestellt sind, um diesen Punkt aufzuklären. Aufserdem könnte es überflüssig scheinen, Lesern einer Fachzeitschrift das Nähere zu berichten. Es möge genügen hier zu erwähnen, daſs schon i. J. 1885 Unna die Wirkung der chemischen Strahlen untersuchte und unter anderem experimentell dargethan hat, daſs das Curcuma die chemischen (violette und ultraviolette) Strahlen am besten absorbiert (die betr. Arbeit steht mir leider nicht zur Verfügung). Später ist durch Widmark (Stockholm)[1] in einer Reihe schöner Versuche genügend festgestellt, wenigstens für das elektrische

[1] Dr. J. Widmark. De l'influence de la lumière sur la peau. (*Congrès intern. de Derm. et Syph.* Paris 1889. Compte Rendu pg. 933.)

Bogenlicht, dafs gerade die ultravioletten Lichtstrahlen, wenn genügend intensiv, pathologische Veränderungen auf der Haut hervorzubringen im stande sind. Es war WIDMARK selbstverständlich gelungen, die Wärme und Licht gebenden Strahlen zu eliminieren. Aufserdem hat er seine Ergebnisse durch Kontrollproben bestätigt. Sein Schlufssatz war: „Die ultravioletten Strahlen können auf der Oberfläche der Körper, wo sie mit genügender Intensität einwirken, pathologische Zustände verursachen.“ Mit der fortschreitenden Gebrauchszunahme des an ultravioletten Strahlen so reichen elektrischen Lichts wird die Möglichkeit von pathologischen Zuständen infolge von Einwirkung dieses Lichtes bedeutend vergröfsert, wenn nur bei Lichtentwöhnten die Einwirkung von nicht zu kurzer Dauer und nicht zu geringer Intensität ist. Was die Sonnenstrahlen anbetrifft, experimentierte WIDMARK wie mit den lichtgebenden Strahlen, jedoch mit negativem Erfolge.

HAMMER (Stuttgart)[2] hat sich im vorigen Jahre eingehend mit diesem Thema beschäftigt und, aufser mit dem elektrischen Bogenlichte, viele interessante Versuche mit den Sonnenstrahlen angestellt. Die Resultate waren eine Bestätigung der Ansichten WIDMARKS. Unter anderem weist Verfasser ausdrücklich den Schlufs zurück, dafs die Einwirkung des Lichts auf die Haut eine schädigende ist. Im Gegenteil. Nur bei lichtentwöhnter Haut und starker Beleuchtung hat das Licht bis jetzt pathologisch eingewirkt. Auch in dieser Beziehung müssen doch Ausnahmen sein. BERLINERS Fall[3] z. B. betrifft eine Feldarbeiterin, wovon man doch schwer glauben kann, dafs sie den ganzen Winter im Hause war und dann erst mit dem Frühjahr die Feldarbeit wieder anfing. Weiter fand HAMMER, dafs eine wässerige angesäuerte Lösung des schwefelsauren Chinins in erster, eine Glycerin-Chininsalbe in zweiter Linie Schutzmittel waren gegen die Einwirkung der ultravioletten Strahlen sowohl des elektrischen, wie auch des bedeutend schwächer wirkenden Sonnenlichtes. Aus genannten Versuchen ist leicht abzuleiten, dafs der Name Ekzema oder Erythema caloricum, wie Bezeichnung für Sonnenbrand, ganz unberechtigt ist und je schneller je besser aus der dermatologischen Nomenklatur verschwinden möge. In therapeutischer Beziehung scheint mir angezeigt, eine Glycerin-Chininsalbe (die noch besser wirkende wässerige Chininlösung ist selbstverständlich schwer praktisch zu benutzen) dem UNNAschen und VEIELschen Schutzmittel (Curcuma und chromsaures Kali) anzureihen. HAMMERS Schlufssätze lenken unter anderem die Aufmerksamkeit auf die Steigerung der Pigmentbildung durch das Licht; auf die Thatsache, dafs eingehend dargethan ist, dafs der Sonnenbrand nur durchdie Einwirkung der chemischen (ultravioletten) Strahlen entsteht, mit Ausschlufs der Wärme oder jeder anderen

[2] Über den Einfluss des Lichtes auf die Haut von Dr. HAMMER. Stuttgart 1892.
[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. No. 10 u. 11.

Ursache; dafs die Entwöhnung der Haut vom Licht ein wichtiges Moment ist für die Entstehung des Sonnenbrandes, dafs das elektrische Licht in dieser Beziehung stark erregend wirkt; dafs Stoffe, die die ultravioletten Strahlen von der Haut abhalten, dieselbe auch gegen Erythema solare schützen.

Es scheint mir ganz ohne Zweifel, dafs die Resultate aller dieser Versuche, die doch nur Erytheme mit Abschälung der Oberhaut und manchmal Pigmentbildung zur Folge hatten, übertragbar sind auf die sogenannten HUTCHINSONschen Sommerkrankheiten. Hat doch die Erfahrung in den mitgeteilten Fällen erwiesen, dafs durch Schutzvorrichtungen gegen die Sonne auch den Folgen der Einwirkung ihrer ultravioletten Strahlen vorgebeugt wird oder, wenn solche schon vorhanden sind, dieselben wieder schwinden. Das gilt ebensogut für die HUTCHINSONschen Eruptionen, wie für das Erythema solare. Dafs die Wirkung der Wärmestrahlen der Sonne bei dem Entstehen der besprochenen Krankheit aufser Betracht bleibt, wird ebenfalls durch die Erfahrung bestätigt. Denn eine feststehende Thatsache ist es, dafs in den Polargegenden, bei Temperaturen weit unter 0°, doch Erythema solare manchmal beobachtet ist, teilweise unter direkter Sonneneinwirkung, teilweise durch das, von dem Schnee reflektierte, an ultravioletten Strahlen überreiche Licht. Dafs die unter dem Einflufs der Polarsonne entstandenen Erytheme nur als Erythema solare beschrieben sind, schliefst nicht aus, dafs auch dabei sich vielleicht Formen der HUTCHINSONschen Eruptiones aestivales befunden haben. Zum Schlufs möchte ich noch hinweisen auf die Beobachtung, dafs die Sommereruptionen, ebenso das Erythema solare, manchmal bei bewölkter Luft entstehen oder sich verschlimmern. Diese Thatsache beweist, dafs die Wärmestrahlen ganz aufser Betracht bleiben. Werden doch in solchen Fällen die Wärmestrahlen ganz durch die Wolkenschichten absorbiert und ihre Wirkung also eliminiert.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 5. Januar 1892.

Vorsitzender: Herr LASSAR. Schriftführer: Herr SAALFELD.

1. Herr LASSAR: Krankenvorstellung. Die 27jähr. Patientin, deren Leiden seit frühester Kindheit datiert, zeigt eine **Elephantiasis** der linken unteren Extremität, die sich von der Fufsspitze bis zum Knie erstreckt und die **durch lupöse Wucherungen** entstanden ist. Es zeigen sich an den erkrankten Stellen keloidähnliche Granulationen, doch sind die Keloide weich, und man mufs sie daher nur als lupöse Wucherungen ansehen.

2. Herr ROSENTHAL: **Fall von ausgedehntem syphilitischen Leukoderma.** Der 40jährige Patient, den Herr R. vorstellt, will angeblich stets gesund gewesen sein. Im Jahre 1871 hat er an einem Bubo in der rechten Inguinalgegend gelitten, vor 3 Jahren bekam er Flecke im Gesicht und erkrankte vor 2 Jahren an Tripper. Er ist seit 9 Jahren verheiratet, seine Frau hat abortiert. Als er in Behandlung trat, litt er an einem tubero-ulcerösen spezifischen Exanthem. Ausgedehnte, handgroſse Gummata fanden sich vor allen in der Haut des Rumpfes. Der Patient hatte, was bemerkenswert ist, noch keine antisyphilitische Kur durchgemacht. Nach 5 Injektionen von gelbem Quecksilberoxyd bildeten sich die verschiedenen Gummata zurück, nur am linken Vorderarm und an den Unterschenkeln bestehen noch Überreste. Das Interesse bei diesem Krankheitsfall konzentriert sich jedoch auf das eigenartige, auf dem ganzen Körper sich findende Leukoderma. In handgroſsen Flecken ist es auf dem Rücken und den Nates, in kleineren auf dem Skrotum zu konstatieren. Weniger deutlich ist die Affektion an den anderen Hautpartien entwickelt. Dieses Leukoderma betrifft also einen Mann, der tertiär luetisch ist, und da der Patient Maurer ist, so ist er den äuſseren Temperatureinflüssen sehr ausgesetzt. Da der Patient bisher an seiner Syphilis nicht behandelt war, so hat dieselbe eine Ernährungsstörung der Haut zur Folge gehabt, deren Konsequenzen wieder die Pigmentanomalie, das Leukoderma ist. EHRMANN beschreibt einen Fall von Leukoderma des Penis und Skrotums, der eine Ähnlichkeit mit diesem Fall hat. E. behauptet, daſs das Leukoderma an vorher affizierten syphilitischen Teilen aufgetreten ist, während R. behauptet, daſs es nicht syphilitisch infizierte Stellen betrifft, so ist z. B. in diesem Falle auch das Gesicht befallen.

Diskussion:

Herr LASSAR fragt, ob auch in anderen Fällen eine syphilitische Symmetrie beobachtet ist, wie es ihm in diesem Falle zu sein scheint; ferner, wie es sich mit der zeitlichen Genese verhält, und ob das Leukoderma im frühen Stadium der Syphilis auftritt.

Herr ROSENTHAL erwidert, daſs meistenteils Symmetrie besteht, wenn auch hier in diesem Falle die Symmetrie nicht ausgesprochen erscheint, da groſse verschiedene Flecke an allen Stellen vorhanden sind. Was die Zeit anbetrifft, in der das Leukoderma nach der Infektion auftritt, so ist bekannt, daſs es sich zwischen dem 6. Monat bis zum 2. Jahre zeigen kann. Hier ist anamnestisch nicht zu erweisen, wann die Infektion erfolgt ist; es wäre denkbar, daſs die Infektion vor 2 Jahren statthatte, und daſs die Gummata nach 2 Jahren aufgetreten sind. Das Leukoderma kann sich dann so lange hinziehen, weil die Ernährungsstörung der Haut eine sehr bedeutende ist.

Herr LEDERMANN sagt, daſs die Ansicht nicht von der Hand zu weisen ist, daſs es sich hier um Vitiligo handelt, da die Affektion vor der Syphilis aufgetreten sein kann.

Herr ISAAC kann nach dem Eindruck des Falles auch nur annehmen, daſs es sich um **Vitiligo** handelt; bei Syphilis sieht man die Flecke mehr gleichmäſsig ausgebildet, während hier die Flecke so aussehen, als wenn sie nicht von syphilitischen Veränderungen der Haut herrührten.

Herr ROSENTHAL: Die Vitiligo zeichnet sich durch starke Pigmentierung der die affizierten Stellen umgebenden Hautpartien aus; dabei beobachtet man nach Jahren groſse weiſse Flecke, die aus kleinen allmählich hervorgegangen zu sein scheinen. Bei Leukoderma braucht etwas Pathologisches an den befallenen Stellen nicht vorhanden gewesen zu sein; die Flecke selbst sind pathologisch und gehen nicht aus syphilitischen Exanthemen hervor.

3. Herr Lassar: **Zur Therapie der syphilitischen Primäraffekte.** Die frühzeitige Exzision der Initialsklerose hat berechtigte und unberechtigte Vorzüge; so kann sie 1. für den Operateur gefahrvoll werden, weil er sich dabei verletzen kann. 2. In einer nicht geringen Zahl von Fällen können Blutungen, Verstümmelungen des Gliedes auftreten. 3. Die operative Aufreizung des Gewebes der Nachbarschaft kann eine neue Infektion bedingen. Alle diese Überlegungen liefsen es ihm wünschenswert ercheinen, andere Methoden für die Radikaloperation zu ersinnen. Er ist daher zu folgendem Operationsverfahren gelangt: Nachdem er durch Injektion einer 10% Kokainlösung in die Sklerose lokale Anästhesie hervorgerufen hat, zerstört er mit dem Thermokauter tief das erkrankte Gewebe. Der kleine Eingriff geschieht schmerzlos und völlig unblutig und kann selbst dann vorgenommen werden, wenn der Schanker an der Glans penis oder im Sulcus coronarius sitzt. Fälle, die so behandelt wurden, zeigten nach 3 Wochen vollständige Heilung. Durch diese Methode ist auch die Möglichkeit geboten, gleich anfangs alles zu zerstören.

Diskussion:

Herr Saalfeld hat schon vor längerer Zeit eine Dame auf dieselbe Weise behandelt. Mit der kaustischen Schlinge entfernte er das Ulcus und wandte dann den Paquelin an. Vor einigen Tagen hat er dieselbe Art auch bei einem Herrn in Anwendung gebracht, doch ohne Kokain; nach 2—3 Tagen sah die Wunde sehr gut aus.

Herr Rosenthal erwähnt, dafs die Methode bereits in der Litteratur angegeben ist, bei Ulcera mollia von Petersen und dann von italienischer Seite. Bei Ulcus durum zieht er die Exzision vor, weil diese Operation eine reine Wunde setzt und die Prima intentio ermöglicht. Die Blutung bekämpft er mühelos durch Umschnürung des Gliedes mit einem elastischen Schlauche.

Herr Heller macht darauf aufmerksam, dafs eine tiefgehende, die Exzision ersetzende thermokaustische Zerstörung des erkrankten Gewebes zu sich stark retrahierenden Narben und damit zu Deformitäten des Gliedes Veranlassung geben könnte.

Herr Lassar hält letztere Möglichkeit für ausgeschlossen, weil eine sehr tiefgehende Verschorfung des Gewebes von ihm nicht vorgenommen wird.

4. Herr Rosenthal: Ueber einige neuere dermatotherapeutische Heilmittel. Zuvörderst will er über das **Dermatol** noch einiges zu seinem damaligen Vortrag hinzufügen. Wenn auch mehrere Veröffentlichungen in der Zwischenzeit erfolgt sind, von denen einige nicht günstig für das Dermatol waren, — es soll sogar ein Vergiftungsfall nach Dermatol beobachtet sein, — so mufs er doch sein günstiges Urteil im allgemeinen aufrecht halten. Bei dem Ulcus cruris wirkte es in einzelnen Fällen günstig, nämlich gut austrocknend und die Überhäutung begünstigend. In anderen Fällen wirkt es umgekehrt, es treten Schmerzen darnach auf, und hier wirkt das Jodoform günstiger. Jodoform und Dermatol stehen sich hier konträr entgegen; reizt Jodoform, dann wirkt Dermatol günstig, und umgekehrt. Beim Ulcus molle bewirkt das Dermatol sehr langsam eine Reinigung des Geschwürs und Granulationsbildung. Dagegen ist es bei ulcerierten Sklerosen gleichsam ein diagnostisches Hülfsmittel. Drei Fälle von multiplen Ulcera mollia und konsekutiver Phimose wurden mit Dermatol behandelt; bei allen 3 wurde die Circumcision vorgenommen; in 2 Fällen infizierten sich die Wundränder, im 3., der sich später als ein Fall von Ulcus mixtum herausstellte, trat prompte Heilung ein. Bei der Therapie der Bubonen verwendet R. zum ersten Verband Jodoformgaze, zu den folgenden (die nach 2 Tagen erneuert werden) Dermatolpulver oder Dermatolgaze, wonach die Wunden sehr schnell heilen.

Das **Europhen** ist von Siebel in pharmakologischer und bakterieller Weise

untersucht und von Eichhoff in therapeutischer Hinsicht geprüft worden. E. wendet es bei Ulcera mollia und subkutan bei Syphilis an. R. hat bei Syphilis von Europhen Abstand genommen, weil es zu wenig Jod enthält; beim Ulcus molle wirkt es langsamer, als das Jodoform, hat jedoch den Vorzug der Geruchlosigkeit. Dem Ulcus cruris gegenüber ist es machtlos. Bei Lupus exulcerans, spezifischen Pharynxexulcerationen leistet es ungefähr dasselbe, wie das Aristol, d. h., es scheint die Heilung etwas zu begünstigen. Das **Europhen mit Photoxilin** wirkt sehr günstig; beide Mittel können das Jodoform aber nicht verdrängen.

Wie das **Aristol**, wirkt auch ungefähr das **Gallacotophenon** = Trioxybenzol; es ist geringer oxydations- und reductionsfähig und durchaus nicht giftig. In 10% Salbe hat R. es bei Psoriasis angewandt und wirkt es hierbei langsamer, als die Pyrogallussäure und das Chrysarobin.

Herr Saalfeld hat bei exulcerierten Sklerosen mit gutem Erfolge Kalomel mit Jodoform oder Kalomel mit Aristol angewandt; dieselben heilten sehr schnell. Er hat bei der Bubonenbehandlung durch das von Blaschko angegebene Verfahren, nämlich die Anwendung von Quecksilberpflaster und die Applikation heifser Hafergrützumschläge über das Pflaster, sehr günstige Wirkungen gesehen; es kam danach nie zur Abscedierung, sondern es erfolgte immer Resorption. Dieselbe Methode empfiehlt er bei Gummata. Salol innerlich bei Retroblennorrhöen wirkt antiseptisch, indem es in den Urin übergeht. Bei akuter Gonorrhöe empfiehlt er Sandelöl.

L. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anmerkungen und Zusätzen versehen,

von

Ernest Besnier und Adrien Doyon.

(2. franz. Ausgabe. Paris. G. Masson. 1891.)

Besprochen von Dr. L. Philippson.

Zehn Jahre nach der ersten Auflage dieser Übersetzung ist nunmehr die zweite erschienen, welche an Umfang das Doppelte von dem Originalwerke ausmacht. Schon dies ist ein Zeichen, dafs der unter dem bescheidenen Namen „Anmerkungen und Zusätze“ von den französischen Übersetzern ihrer Ausgabe hinzugefügte Teil an Inhalt und Bedeutung ein selbständiges Werk bilden mufs. Und es drängt sich sofort die Frage auf, weshalb die französischen Gelehrten die medizinische Welt nicht mit einem eingenen Lehrbuch der Dermatologie beschenkt haben. Zum Teil gelten nun allerdings für diese Auflage dieselben Gründe wie diejenigen, welche die französischen Autoren in der ersten Auflage ihrer Übersetzung auseinandergesetzt haben, Gründe, welche mehr den französischen Leser interessieren und welche darin gipfeln, dafs noch heute die Vorlesungen Kaposis das wichtigste und praktischste Werk der heutigen Dermatologie ist. Andererseits wollten aber die Übersetzer mit Zugrundelegung der Lehren, welche sich von Wien, dem Mittelpunkt der meisten dermatologischen Schulen, aus, über die ganze Welt verbreiteten, ein Gesamtbild der heutigen Dermatologie entwerfen. Damit

charakterisiert sich das uns vorliegende Werk nicht mehr wie in deutscher Ausgabe als das Lehrbuch einer bestimmten Schule, sondern als ein „internationales", welches, ohne der kritischen Beurteilung zu entbehren, die gesamte dermatologische Litteratur berücksichtigt und dadurch Eigenschaften gewinnt, welche sonst nur Handbüchern zukommen. Aber aufserdem, dafs die Autoren ein bedeutendes Material verarbeitet und dem Originalwerk beigefügt haben, so ist doch auch der ganze Charakter des Buches ein anderer geworden. Als „Vorlesungen für praktische Ärzte und Studierende" war ein belehrender Ton am Platze, welcher in bündiger Weise die Krankheitsbilder entwarf, die Leichtigkeit der Diagnose und Prognose in den Vordergrund stellte, dagegen verwickelte Fragen möglichst leicht berührte — ein Hauch klassischer Ruhe durchwehte das deutsche Buch. Demgegenüber ist dem französischen Werk ein revolutionärer Zug eigen: neben der Einheit der Krankheitsbilder wird die Multiformität und der Wechsel ausführlich besprochen, auf die Schwierigkeiten in Diagnostik und Prognostik gründlich aufmerksam gemacht und die zahlreichen Streitfragen und Lücken der dermatologischen Wissenschaft eingehendst diskutiert. Das deutsche Buch giebt dem Lernenden ein abgeschlossenes Ganze — das französische eröffnet ihm die Wege zur weiteren Forschung. Dort lernt er den augenblicklichen Stand des Wissens kennen — hier aber wird er zu gleicher Zeit dazu erzogen, in Zukunft der Entwickelung der Wissenschaft folgen zu können. Dies führt uns zu einer Frage, die sich hier von selbst aufwirft, nämlich zur Methode des Forschens, wie sie in dem deutschen und wie sie in dem französischen Werke zum Ausdruck gelangt.

Bekanntlich war es dem Hebraschen Genie eigen, bis dahin getrennt stehende Krankheitsbilder zu Krankheitseinheiten zusammenzufassen, aus den wechselnden Formen pathologischer Hautveränderungen einen gemeinsamen Charakter hervorzuheben, mit einem Worte zu unifizieren. Dieses that er im Gegensatz zu denjenigen Forschern, welche das Verschiedenartige in den Hauterkrankungen benutzten, um daraus gleichwertige Krankheiten zu bilden, zu spezifizieren. Wenn auch im Prinzipe beide Methoden des wissenschaftlichen Forschens zu Recht bestehen, so giebt es doch Phasen in der Entwickelung der Wissenschaften, wo die eine über die andere vorherrschen mufs; wo die erstere auf Grundlage der durch die letzteren gewonnenen Wissensschätze eine neue Ordnung und eine das Verständnis erleichternde Zusammenfassung der erforschten Thatsachen liefern kann, oder wo die Methode des Spezifizierens neue Beobachtungen benutzt, um die alten Begriffe umzuformen und wieder aufzulösen. Die Wiener Schule lebt nun heute noch in dem Hebraschen Geiste weiter und kann stolz auf die von ihr so lange befolgte Methode, welcher die Dermatologie grofse Fortschritte verdankt, und auf die zahlreichen Errungenschaften auf ihrem Spezialgebiete hinweisen. Aber der Forschung sind damit noch nicht unüberschreitbare Grenzen gesteckt, und die Methode des Spezifizierens tritt auf dem dermatologischen Gebiete wieder mehr in den Vordergrund. Und mit Recht. Haben doch die anatomischen, bakteriologischen und experimentellen Studien dem Forscher neue Werkzeuge an die Hand gegeben und seinem kritischen Geist neue Begriffe verliehen. Er sieht daher feinere Unterschiede der physiologischen und pathologischen Prozesse, er zergliedert früher einheitlich erschienene Phänomene, er verfolgt durch das Experiment den natürlichen Vorgang genauer. Da häuft sich nun Beobachtung auf Beobachtung, und neue Begriffe entwickeln sich. Dafs unter diesen Umständen das altbewährte System der Wiener Schule den gestellten Anforderungen nicht mehr vollauf genügt, ist nicht zu verwundern. Hat es eine historische Berechtigung gehabt, und die Zeit hat es ganz und voll bewiesen, so ist es auch einer Weiterentwickelung fähig, wie die Zukunft lehren wird. Für den durch die eben entwickelten Verhältnisse bedingten Standpunkt der Dermatologie giebt es nun keine bessere Illustration als das vorliegende

Werk, wo dem Hauptvertreter der Wiener Schule durch den Mund von Besnier und Doyon die gesamte übrige dermatologische Forscherwelt gerade gegenübergestellt wird. Der wissenschaftliche Kampf, der bereits in der ersten Auflage der franz. Übersetzung begonnen worden war, hier wird er mit noch stärkeren Waffen fortgesetzt, nachdem er bereits vor 2 Jahren auf dem Intern. Derm.-Kongr. zu Paris in die öffentliche Arena der mündlichen Diskussion getragen war.

Um die eben gegebenen Erörterungen über die Verschiedenartigkeit der beiden Methoden noch deutlicher zu machen, wähle ich als einfaches Beispiel das Kapitel über Sykosis aus.

Bekanntlich definiert Kaposi die Sykosis folgendermafsen: Eine an den mit dicken Haaren besetzten Hautstellen sich entwickelnde chronische Krankheit, bei welcher entzündliche, an ihrer Spitze je von einem Haare durchbohrte Knötchen, Knoten und Pusteln, nebstdem ausgebreitete entzündliche Infiltrate mit Eiterung und Krustung und bisweilen papilläre Exkreszenzen gebildet werden. Dieser Definition halten nun die Verf. entgegen, dafs sie nicht genügt, eine Krankheit sui generis aufzustellen, dafs sie vielmehr Symptome zusammenfafst, welche 3 verschiedenen Krankheiten, die in theoretischer und praktischer Hinsicht auseinanderzuhalten sind, angehören. Denn sowohl das chronische Ekzem der mit dicken Haaren besetzten Hautstellen, wie gewisse Aknearten, wie endlich durch Eiterkokken, Trichophyton oder andere noch unbekannte Parasiten hervorgerufene Follikulitiden würden dieser Definition genügen. Man solle den Begriff von Sykosis, wenn man überhaupt diesen Namen beibehalten wolle, nur für die eine besondere Krankheitsspezies vorstellenden tiefgehenden Entzündungen des Follikelapparates anwenden. Welche Folgen diese schärfere Krankheitsgruppierung für die Prognose und Behandlung hat, ist leicht ersichtlich und wird im Laufe dieser Besprechung gehörigen Ortes noch besonders gewürdigt. Hier genügt es zu konstatieren, dafs durch eine genauere klinische und pathogenetische Erkenntnis ein bis jetzt einheitlicher Krankheitsbegriff in wesentlich verschiedene Bestandteile zerlegt werden mufs.

In gleicher Weise führen die Verf. an der Hand der Hebraschen Definition des Begriffes „Lichen" eine scharfe Kritik gegen das betreffende Kapitel in Kaposis Werk Wenn unter Lichen nur diejenige Krankheit zu verstehen ist, bei welcher Knötchen gebildet werden, die in typischer Weise bestehen und im ganzen chronischen Verlaufe keine weitere Umwandlung zu Effloreszenzen höheren Grades, d. i. Bläschen oder Pusteln, erfahren, sondern als solche sich wieder involvieren — so darf eine Krankheit wie der Lichen scrofulosorum nicht so bezeichnet werden, wo Bläschen, Pusteln. Haarfollikelentzündung vorkommen. Die franz. Autoren rechnen daher diese Erkrankung zu den Follikulitiden und beschränken den Namen Lichen auf die wohlbekannte, von Wilson zuerst genau beschriebene Krankheit, welche sie nunmehr einfach als Lichen oder Lichen Wilson bezeichnen. Sie befinden sich hierin in vollständiger Übereinstimmung mit dem gröfsten Teile der Dermatologen, wie aus der über diesen Gegenstand auf dem Pariser Kongresse geführten Debatte hervorgeht. Der Lichen ruber von Hebra, welcher von Kaposi im Gegensatz zu dem Wilsonschen mit dem Epitheton acuminatus versehen wurde, stellt seinem ganzen Verlaufe nach eine vollständig andersartige Erkrankung dar und schliefst Fälle von Pityriasis rubra pilaris, von Lymphodermien, sekundären Erythrodermien u. a. ein und entspricht auch zum Teil dem Unnaschen Krankheitsbilde des Lichen ruber neuroticus.

Von demselben Prinzipe der Spezifizierung geleitet, halten es die Autoren und mit ihnen bekanntermafsen viele Fachgenossen für geboten, den Ekzembegriff zu zergliedern, in gleicher Weise wie es für die alten Begriffe des Lichen, des Pemphigus, des Herpes etc. bereits geschehen ist. Wenn auch bereits aus dem Ekzem der Wiener

Schule eine Reihe gut umschriebener Krankheiten herausgenommen worden ist, wie artifizielle Dermatitis, Impetigo contagiosa, Cheiropompholix, Trichophytie, Keratodermie u. a. m., so werden doch noch verschiedenartige Symptomengruppen mit Ekzem bezeichnet, welche zum Teil nur einen pathologischen Zustand der Haut vorstellen, welcher bei prädisponierten Individuen durch äufsere Ursachen hervorgerufen wird, oder nur einer einfachen Reizung der Haut angehören oder endlich eine eigentliche Krankheit aus inneren Ursachen repräsentieren. „Der Moment kann nicht mehr fern sein, wo man diese zusammengesetzte Gruppe zerlegen mufs und für das „Ekzem" die Arbeit der Revision und der Läuterung vornimmt, wie für die ganze Reihe der Hautaffektionen." — Auf diese und zahlreiche andere Bemerkungen weise ich hin, um zu zeigen, von welchem Geiste getragen die Verf. eine rückhaltslose Kritik an dem heutigen Stande der Dermatologie üben und die Aufmerksamkeit des Lesers auf die schwachen Seiten derselben lenken. Da sie aber auch dem laufenden Text alle bis jetzt bereits in dem eben angedeuteten Sinne der Reformation unternommenen Arbeiten an die Seite setzen, gewähren sie durch diese Fülle neuer, dem Originalwerke fremder Errungenschaften einen sehr belehrenden Einblick in das überall auf dem Gebiete der Dermatologie sich regende Leben. Trotz dieses internationalen Charakters welchen B. und D. dem Werke Kaposis verliehen haben, hat diese französische Ausgabe doch ihr eigenes Gepräge, welches zwar nicht speziell französisch, aber doch jedenfalls nicht deutsch ist. Während in Deutschland in den beiden letzten Jahrzehnten resp. in dem letzten Jahrzehnt die gewaltigen Erfolge histologischer, bakteriologischer, experimenteller Forschung die besten Kräfte am intensivsten beschäftigt haben, ist die klinische Beobachtung nicht mit so grofser Vorliebe kultiviert worden, wie in der übrigen wissenschaftlichen Welt und speziell nicht so sehr wie gerade in Frankreich. Den französischen Dermatologen verdankt daher die Dermatologie in hervorragendem Mafse ihre Fortschritte in nosographischer Hinsicht, wogegen die Nosologie gerade in Deutschland sich mächtig entwickelt hat. Die deutschen und ausländischen Arbeiten ergänzen sich daher in vorzüglicher Weise, und diese organische Verschmelzung nach Möglichkeit durchgeführt zu haben, ist wiederum ein Verdienst der franz. Autoren B. u. D.

Allerdings wird von denselben die Bedeutung, welche man in Deutschland der histologischen Untersuchung beimifst, nicht geteilt. Die „reine Histologie" versagt nach dem Ausspruche der frz. Autoren gar zu häufig ihre Dienste, und sie wird daher von ihnen auch nicht in dem Mafse für pathogenetische Fragen zu Rate gezogen, wie man es eigentlich erwarten sollte. Wenn freilich, wie es häufig genug der Fall ist, die Histologie darin besteht, nur in irgend einem Stadium einer Krankheit gewonnene anatomische Präparate zu beschreiben, anstatt parallel mit der klinischen Entwickelung eines Falles auch anatomisch Schritt für Schritt die Veränderungen zu studieren, dann spielt allerdings die histologische Untersuchung nur die Rolle eines dekorativen Beiwerks, wie es leider nur allzu häufig der Fall ist. Der Vorwurf, welcher die „reine Histologie" trifft, sollte dann aber vielmehr dem histologischen Beschreiber gelten. Und in dieser Hinsicht kann man sagen, dafs noch heute der histologischen Forschung ein grofses Feld der Bearbeitung übrig bleibt, wo sie noch die wichtigsten Thatsachen aufzufinden hat, aus denen nicht allein die Pathogenese, sondern auch die klinische Beobachtung grofsen Nutzen ziehen wird.

Dem Werte der bakteriologischen Untersuchungen für die Dermatologie werden die frz. Autoren in vollem Mafse gerecht, und in ätiologischen Fragen räumen sie denselben eine grofse Stelle ein. Auch den Begriff der Mischinfektion haben sie sich vollkommen zu eigen gemacht und verwerten ihn in fruchtbringender Weise für die Entstehung komplizierter klinischer Bilder.

Schliefslich ist es noch lobend zu erwähnen, dafs B. u. D. bestrebt gewesen sind, etwas mehr Ordnung in die dermatologische Nomenklatur einzuführen. Wo einem Begriffe bereits ein fester Inhalt gegeben war, da hielten sie denselben auch dann fest, wenn er von dem Schöpfer selbst inkonsequenterweise für andersartige Krankheiten verwertet worden war. Wo neue Namen unbedingt notwendig waren, zogen die frz. Verf. es vor, eine nosographische Bezeichnung zu geben, anstatt neue Namen zu erfinden. Überhaupt zeichnet sich die ganze Darstellung durch Klarheit und scharfe Logik aus.

Nach dieser kurzen Skizzierung des frz. Werkes wird man es für nicht unvorteilhaft finden, wenn dasselbe auf irgend eine Weise auch einem der frz. Sprache nicht mächtigen Leserkreis der Dermatologen zugänglich gemacht wird: die französische Übersetzung des deutschen Werkes wieder ins Deutsche übersetzt wird. Losgelöst von dem laufenden Texte, würden allerdings zahlreiche Anmerkungen unverständlich sein, und wir müssen uns daher in dieser Besprechung darauf beschränken, diejenigen Abschnitte des Werkes wiederzugeben, welche mehr in sich abgeschlossen sind. Zu diesen gehören unter anderen die Erytheme, die Orientbeule, Pityriasis rubra pilaris, Erythrodermia exfoliativa, Eczema seborrhoicum, Akne, Pemphigus, Lupus und seine Behandlung, Sklerodermie, Alopecia areata und Behandlung, Lupus erythematosus, Xanthom und Diabetes, Geschwülste der Haut, Lepra, Mycosis fungoides, Pagets Disease, Leukoplakie, Behandlung des Pruritus, Favus und Trichophytie nebst Behandlung, Pityriasis rosée Gibert, Erythrasma, Krätzebehandlung etc.

Ein guter Teil von dem, was hier zur Sprache gebracht wird, ist dem Leser der Monatshefte nicht mehr fremd, haben dieselben doch in ihrer Eigenschaft als Interpret ausländischer Arbeiten mit gleich grofsem Interesse alle Fortschritte in der Dermatologie, wo immer sie gemacht sein mochten, seit ihrem Bestehen verfolgt und zur Kenntnis der deutschen Ärzte gebracht. Da aber trotzdem noch vieles Neue aus dem französischen Werke zu lernen ist, so wird an diesem Orte eine ausführliche Besprechung desselben nicht unerwünscht sein. Eine systematische Ordnung des vorzuführenden Stoffes ist allerdings aus naheliegenden Gründen nicht möglich innezuhalten, ich ziehe es daher vor, zunächst einige Hauptkapitel in Betracht zu ziehen, um später in verschiedene Details weiter einzugehen.

Unter dem Namen scharlachartige Erytheme fassen die Übers. alle diejenigen Erytheme zusammen, welche dem Aussehen und dem Verlaufe nach dem Scharlach sehr ähneln, welche aber ihrem ganzen Wesen nach vollständig von ihm verschieden sind. Zu diesen Erythemen gehören auch als Arznei-Exantheme in Deutschland bezeichnete Affektionen, welche neben ihrem theoretischen Interesse von grofser praktischer Bedeutung sind; aber aufser diesen in ihrem ursächlichen Zusammenhang erkannten Erythemen giebt es noch zahlreiche andere, welche in ihrer Ätiologie vollständig unerkannt sind. Allen diesen Erythemen sind folgende Charaktere eigen; sie beginnen mit Fieber von sehr wechselnder Intensität, das Erythem erscheint zuerst lokalisiert und breitet sich allmählich aus, bald nach seinem Auftreten ist auch schon eine Abschuppung wahrzunehmen, welche während der ganzen Dauer der Krankheit anhält. Rückfälle und Rezidive sind sehr häufig. Die Rezidivfähigkeit und die Nicht-Kontagiosität unterscheiden diese sonst dem Scharlach so ähnlichen Affektionen prinzipiell von demselben. Folgende Krankengeschichte (S. 344) diene zur Illustration: Ein 33jähr. Mann stellt sich mit einem ausgebreiteten roten Ausschlag vor, der vor 4 Tagen aufgetreten ist und angeblich schon im Gesichte im Rückgang begriffen ist. 2 Wochen vordem fühlte Pat. allgemeines Unwohlsein, Frost, Fieber, Kopfschmerz, linksseitige Otitis externa mit Ausflufs; innerhalb 4 Tage hatte sich der Ausschlag, welcher an dem Halse angefangen hatte, von oben nach unten

ausgebreitet. Wir konstatieren (am 5. Tage des Ausbruches) allgemeine, scharlachartige, mit deutlichen Knötchen verbundene, an den Extremitäten intensiv gefärbte Röte, welche von empfindlichem Stechen begleitet ist; leichtes Fieber, Rachenröte, belegte Zunge, kein Eiweifs im Harn. Trotz des ausgesprochenen Scharlachexanthems machen das niedrige Fieber neben dem floriden Ausschlag, die bereits im Gesicht und am Halse vorhandene feine Abschuppung die Diagnose des Erythems sehr leicht. Übrigens wird die Diagnose bekräftigt durch die Aussage des Pat., welcher seit 7 Jahren in jedem Frühling in gleicher Weise erkrankt. — In den nächsten Tagen wird die Abschuppung allgemein, Temperatur normal, so dafs am 11. Tage der Erkrankung die Röte fast vollkommen geschwunden ist und eine allgemeine kleienförmige Abschuppung bei subjektivem Wohlbefinden besteht, so dafs Pat. das Hospital verläfst.

Was die Prognose dieser Erytheme anbetrifft, so ist dieselbe im allgemeinen günstig zu stellen und nur insofern einzuschränken, als bei den einmal von diesem Erytheme befallenen Personen leicht Rezidive auftreten. Und diese Rezidive können durch die verschiedensten Reize, thermische, mechanische, medikamentöse etc., zum Ausbruch gelangen, so zwar, dafs ein und dasselbe Individuum zu verschiedenen Zeiten aus verschiedener Veranlassung erkrankt und der Verlauf des Erythems nicht im Verhältnis zu der Natur, der Stärke und der Wirkungsweise des Reizes steht. Es hängen diese Erytheme eben von der individuellen Disposition ab, welche im besonderen nach Einverleibung von Hg, I, Chloral, Chinin u. s. w. zu Tage tritt.

Das an diese Erytheme sich anschliefsende Erythema multiforme wird von den Übers. beträchtlich umgestaltet. Dieses Erythem ist eine Allgemeinerkrankung mit dem Charakter der Atypizität im Beginne, im Verlauf, in den lokalen und allgemeinen Symptomen, in der Pathogenese, in den Ursachen etc. Es unterscheidet sich aufserdem von den cyklisch verlaufenden akuten Exanthemen noch dadurch, dafs es nicht eine spezifische Ursache hat und nicht kontagiös ist.

Die Hauteruption tritt seltener akut auf, gewöhnlich entwickelt sie sich allmählich, nachdem allgemeines Unwohlsein geringeren oder schwereren Grades vorangegangen ist. Sehr häufig findet man einen gewöhnlichen Rachenkatarrh, weniger häufig leichte Laryngitis und Bronchitis, Magen-Darmstörungen, Gliederschmerzen, Fieberbewegung, Pulsbeschleunigung etc. Diese allgemeinen Störungen stehen aber nicht im Verhältnis zu der nachfolgenden Hauteruption, so dafs eine Prognose daraus nicht abzuleiten ist. Was insbesondere das Fieber anbetrifft, so kann dasselbe mit dem Auftreten des Erythems verschwinden oder auch im weiteren Verlaufe fortbestehen, unregelmäfsig oder regelmäfsig remittieren, zeitweilig verschwinden, um wieder zu erscheinen, so dafs ein Fiebertypus nicht zu konstatieren ist. Von den ebenfalls sehr wechselnden subjektiven Empfindungen sind Brennen, Jucken, Schmerzen, Hyperästhesie zu erwähnen.

Den Hautausschlag betreffend, so stellen B. u. D. in den Vordergrund der Beschreibung den Satz, dafs die Form, die Anordnung, die Entwickelung der einzelnen Effloreszenzen dem denkbar gröfsten Wechsel unterworfen sind: Flecke, Papeln, Knoten, einfach hyperämisch und ödematös oder hämorrhagisch, Bläschen, Blasen können nebeneinander zur Zeit vorkommen oder sie können zu verschiedenen Zeiten bei demselben Pat. auftreten, bald herrscht die eine Art von Effloreszenzen vor, bald die andere, bald folgt die eine der anderen an derselben Hautstelle. Von einer eingehenden Beschreibung sehen daher auch B. und D. ab und folgen darin Kaposis Darstellung, welche sie jedoch wesentlich vervollständigen. Von ihren Anmerkungen seien folgende wiedergegeben.

Der gleichzeitige und symmetrische Beginn der Affektion auf der Dorsalseite der Extremitäten ist sehr gewöhnlich und wenn vorhanden sehr wichtig für die

Diagnose, aber trotzdem können alle Körperstellen von dem Ausbruch zuerst befallen werden, mit besonderer Vorliebe das Gesicht, die Umgebung der Augen, Stirn-Haargrenze, Hals, Vorderarm und Handrücken, Spann des Fufses. Die Symmetrie braucht nicht immer vorhanden zu sein.

Die bei dem Erythem vorkommenden Papeln entwickeln sich nicht immer aus Flecken, sie können gleich als solche auftreten (Erythema papulosum). Sie sind in Form und Gröfse sehr wechselnd: miliär, von Linsen- und Erbsengröfse, nodulär, knotenförmig, so dafs sie an echte Syphilis- oder Leprapapeln und -Knoten erinnern. Aber immer bestehen sie nur aus ödematösem, nicht aus neugebildetem Gewebe und verschwinden nach der Resorption des albuminösen Exsudats. Sehr häufig entwickelt sich auf einer solchen Papel ein Bläschen oder es bildet sich eine Delle, in welcher eine schwärzlich gefärbte Kruste liegt. Die Papeln sind anämisch, hyperämisch, livide, erheben sich aus dem Gesunden oder sind von einem erythematösen, ödematösen Hof umgeben und sind entweder unregelmäfsig zerstreut oder in Form von Linien, Ringen, Halbkreisen gruppiert.

Wenn auch in allen Erythemfällen Blasenbildung vorkommen kann, so giebt es doch solche, wo diese Effloreszenz das Krankheitsbild beherrscht. Es lassen sich drei Gruppen unterscheiden: 1. Erythema bullosum diffusum commune, 2. bullosum larvatum nach Art von Herpes, Pemphigus etc., 3. bullosum figuratum, nummulare, circinatum oder Erythema hydroa. Bei der ersten Gruppe bleibt der Ausschlag im allgemeinen erythematös, aber eine mehr oder weniger grofse Zahl der Papeln und Plaques tragen kleinere und gröfsere Blasen. Der Verlauf ist sehr schnell, die anfangs rote und noduläre Plaque flacht sich sehr rasch ab und hinterläfst eine braune Pigmentierung. Die zweite Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dafs das Erythem nicht gleich zu erkennen ist, so dafs die verschiedenen Blasenformen das Bild von anderen bullösen Dermatitiden vortäuschen kann, worüber bei den letzteren Krankheiten mehr. Das Erythema hydroa (Herpes iris) ist charakterisiert dadurch, dafs die Epidermis in Form von konzentrischen Ringen durch das Exsudat abgehoben wird und durch besondere Eigentümlichkeiten in seinem Verlaufe.

Das Krankheitsbild des Erythema hydroa stellt sich folgendermafsen dar: Es treten scheibenförmige erythematöse Flecke auf, in deren Centrum sich zuerst eine punktförmige, durchscheinende Epidermisabhebung, später eine kleine Kruste vorfindet. An der Peripherie der Flecke kann sich die Epidermis entweder vollständig in Form eines Ringes oder in Form von getrennt stehenden Blasen abheben. Aufserdem können auch Blasen auf nicht erythematöser Basis auftreten. Häufig ist gerade bei dieser Form des Erythems die Lokalisation der Affektion auf den Schleimhäuten: Mund, Rachen, Anal- und Genitalöffnungen, und zwar in Form von erythematösen Flecken und von Blasen. Die Prognose ist gut und nur insofern einzuschränken, als diese Form gerade sehr hartnäckig rezidivierend ist, wenngleich die einzelnen Effloreszenzen schnell verschwinden und nur eine leichte braune Pigmentierung hinterlassen.

Mit Rücksicht auf die bei allen Formen des Erythema multiforme vorkommenden subjektiven Erscheinungen: Jucken, Brennen, Stechen, Hyperästhesie, Muskel- und Gelenkschmerzen, ist zu bemerken, dafs sie in jeder Periode der Erkrankung vorhanden sein können, meistens gehen sie aber der Hauteruption voraus, um mit ihrem Erscheinen allmählich zu verschwinden.

In diagnostischer Hinsicht erinnern B. u. D. an bei kleinen Kindern vorkommende Erytheme, welche durch ihren Polymorphismus an ganz andere Krankheiten denken lassen. So giebt es ein Erythem, wo die isoliert stehenden oder gruppierten Bläschen in der Schamleiste, in den Kruralfalten, am Anus und an der Vulva derartige Scheiben bilden, dafs leicht die Diagnose auf Vaccine oder syphilitische Plaques gestellt werden könnte.

Nur als eine Abart des Erythema multiforme betrachten B. u. D. das Erythema nodosum. Die Bildung von Knoten hängt häufig nur von dem anatomischen Sitze der Affektion ab, so ist es eine sehr gewöhnliche Erscheinung zu sehen, wie das am Stamme oder an den oberen Extremitäten flache oder kaum erhabene Erythem plötzlich an den unteren Extremitäten knotig wird. Die an alle diese Affektionen sich anschliefsende und den Übergang zur Purpura bildende Purpura rheumatica oder Peliosis rheumatica wird von den Aut. als Purpura erythematosa bezeichnet, da sie die in dem Beiwort liegende Beziehung zum Rheumatismus bei dieser Krankheit leugnen.

Die Frage über das Wesen des Erythema multiforme in allen seinen Formen und Varietäten wird von B. und D. in eingehender Weise diskutiert und so klar formuliert, dafs die Hauptsätze kurz wiedergegeben werden können. Das Erythem ist eine Angioneurose, welche bei disponierten Individuen durch die verschiedensten Reize hervorgerufen werden kann. Gerade die mit Urticaria factitia und die mit pruriginösen Hautkrankheiten von Kindheit an behafteten Personen sind besonders zu Erythemen geneigt. Hier können mechanische, thermische, chemische, medikamentöse Reize, mögen sie von innen oder von aufsen auf den Körper wirken, ferner vorhergehende andere Krankheiten Veranlassung zum Auftreten eines Erythems geben. Man kann aber nicht sagen, dafs diese Reize alsdann die Ursache der Erkrankung sind, da einerseits dieselben Reize bei verschiedenen Personen in verschiedener Weise und in verschiedenem Grade wirken und anderseits bei ein und derselben Person verschiedene Reize dieselbe Erkrankung oder derselbe Reiz zur verschiedenen Zeit verschieden wirkt. Eine spezifische Ursache, wie für die akuten Exantheme, existiert also für die Erytheme nicht. Die Reize wirken nun nicht direkt auf die Haut, sondern indirekt vermittelst der von ihnen getroffenen Gefäfscentren, wie aus der Entwickelung und dem Verlaufe der Erytheme hervorgeht. Hiermit soll nur der allgemeine Modus ausgesprochen sein, ohne dafs auch lokale Einflüsse der Reize auf die Haut gänzlich ausgeschlossen sind. In jedem gegebenen Fall wird man auf die Verschiedenartigkeit der in Betracht zu ziehenden Reize Rücksicht zu nehmen haben, um das veranlassende Moment des Erythems herausfinden zu können. Von diesem Gesichtspunkte, aus sind insbesondere die im Verlaufe oder nach anderen Krankheiten, wie Rheumatismus, Cholera, Gonorrhoe, Typhus, Puerperalfieber, Endocarditis infectiosa, Skrophulose, Syphilis, Lepra etc. auftretenden Erytheme zu betrachten, welche nicht ein Symptom dieser Krankheiten vorstellen, sondern entweder als Folgezustand derselben oder als durch die gegen die ursprüngliche Krankheit angewendeten Medikamente verursacht anzusehen sind.

Die Therapie dieser Erytheme kann nur in denjenigen Fällen mehr als eine symptomatische sein, wo das veranlassende Moment, z. B. ein irritierendes Medikament leicht zu beseitigen ist.

In Parenthese sei hier die Bemerkung eingeschaltet, dafs, wie den Lesern dieser Hefte bekannt sein wird, Unna in seinen Vorlesungen über Angioneurosen (1890 Bd. XI. pg. 542) eine andere Gruppierung dieser Erythemformen vorgenommen hat: sie bilden den Typus IV der angioneurotischen Dermatosen und zerfallen in die symptomatischen und idiopathischen Erythantheme. Sie werden von Unna vollständig von dem echten multiformen Erythem Hebras abgetrennt.

Nicht allein ihrer Pathogenese nach, sondern wegen aller ihrer klinischen Eigenschaften steht die Urticaria den Erythemen sehr nahe. Auch für sie besteht eine individuelle Disposition, welche in der Jugend in dem Auftreten von Frostbeulen, beim Erwachsenen in dem Erscheinen von Erythema multiforme, welche beide Affektionen in Abwechslung mit Urticaria vorkommen, sich äufsert. Auch für Urticaria kommen dieselben veranlassenden Momente, wie für die Erytheme in Betracht. Und

was die Zusammengehörigkeit beider Erkrankungen am deutlichsten illustriert, es giebt zahlreiche Fälle, wo dieselben ineinander übergehen. Aufserdem beschränkt sich der urtikarielle Prozefs nicht allein auf die typische Efflorescenz der Quaddel, sondern man findet daneben Quaddeln mit durch Kratzen exkoriierter Spitze, erythematöse, roseola-, röteln-, scharlachähnliche Flecke, ringförmige, blumenblattähnliche Quaddeln, diffuse ödematöse Wülste etc. — Eine Eigenschaft, welche die Urticaria mit einer grofsen Zahl von anderen Affektionen teilt, ist das nächtliche Auftreten derselben, welches derart in manchen Fällen ausgesprochen sein kann, dafs morgens nur noch die Reste davon, erythematöse Flecke, Kratzeffekte zu sehen sind, während am Tage die Haut frei von Ausbrüchen bleibt.

Die therapeutischen Mafsnahmen von B. u. D. weichen in etwas von denjenigen der Wiener Schule ab: Kälte sowohl wie Bäder sind nur mit grofser Vorsicht anzuwenden, da es viele Urtikariakranke giebt, welche gerade bei dieser Behandlung neue Ausbrüche bekommen oder ihr Leiden sich verschlimmern sehen. Grofse Erleichterungen gewähren in vielen Fällen warme Abwaschungen mit Essig-, Karbol-, Salicylsäurewasser, jedoch ist jeder einzelne Fall besonders zu studieren. Für gewisse chronische Fälle eignen sich arsenikhaltige Brunnen; für diese wie für akute ist Atropin mitunter von sehr grofsem Nutzen. Atropin kann man auch für nicht zu ausgedehnte Hautstrecken äufserlich in Form von Umschlägen anwenden.

Provisorisch stellt man zu dem Krankheitsbild der Urtikaria auch die sog. Urticaria pigmentosa, welche in Form von vielgestaltigen, längere Zeit persistierenden Erhebungen, welche pigmentiert sind oder pigmentierte Flecken hinterlassen, auftritt. Sie erscheint meistens in den ersten Lebensmonaten (nur wenige Fälle sind bekannt, wo sie zuerst im höheren Lebensalter sich zeigte) als urtikarielles Erythem von wechselnder Farbe, gelblich, rot, kupferrot, und bleibt als solches bestehen oder kann, nachdem es verschwunden ist, durch äufsere Reize wieder hervorgerufen werden. Es lassen sich 3 Formen unterscheiden: die knotige, makulöse und gemischte Form. Bei allen kommen Drüsenschwellungen vor, und das Jucken ist ein konstantes Symptom zur Zeit der erythematösen Ausbrüche. Der Verlauf ist ein langsamer und geht in Heilung aus.

Im Anschlufs an die bei dem Erythema multiforme besprochenen bullösen Hauterkrankungen wollen wir den Pemphigus und die pemphigoiden Affektionen, wie sie von B. u. D. zusammengefafst werden, in Betracht ziehen. Bekanntlich ist neuerdings durch die Arbeiten von Duhring und Brocq die Frage von der Systematik der mit Blasen auftretenden Affektionen wieder auf die Tagesordnung getreten und hat zu zahlreichen Einzelpublikationen, sowie zu der grofsen Debatte auf dem Par. Derm.-Kongr. 1889 Veranlassung gegeben. Dafs eine Lösung der Frage schon erreicht ist, vermögen die französischen Autoren nicht zuzugestehen, aber dafs durch die Aufstellung der Dermatitis herpetiformis von Duhring ein grofser Schritt vorwärts gemacht ist, wird vollkommen anerkannt. B. u. D. verfolgen die geschichtliche Entwickelung des Begriffes Pemphigus, weisen auf die grofse Ausdehnung, welche die Wiener Schule demselben gegeben haben, hin und ziehen die letzten Konsequenzen aus den klinischen Beschreibungen, welche die Wiener von dem Erythema multiforme und dem Pemphigus geben und wonach der Primärlokalisation der Eruption auf dem Handrücken und Fufsrücken der Wert eines fast absolut sicheren Kriteriums zukommt. Indem B. u. D. weiter hervorheben, dafs die Blasenausschläge sich heutzutage weder nach anatomischen, noch nach chemischen, noch nach ätiologischen Eigenschaften einteilen lassen, so legen sie dem klinischen Verlaufe die gröfste Bedeutung bei und suchen möglichst gleichartige Krankheitsbilder zusammenzufassen. Sie beschränken daher den Begriff Pemphigus auf denjenigen Blasenausschlag, welcher im höchsten

Grade schwer verläuft, und stellen die sonst noch dazu gerechneten zu den Erythemen und zur Dermatitis herpetiformis. Pemphigus ist demnach der Name für eine bestimmte, scharf definierte Krankheit und nicht mehr ein Gattungsbegriff, mit den beiden Ausnahmen des Pemphigus der Neugeborenen und des Pemphigus vegetans Neumann, welche andersartige Krankheiten nun einmal mit diesem Namen versehen sind und ihn provisorisch behalten mögen. P. bullosus ist ein gewöhnlich zum Tode führender chronischer Blasenausschlag. Im ausgebildeten Zustande ist er charakterisiert durch Blasen von verschiedener Größe, welche auf normal aussehender Haut auftreten, gelblich durchscheinend sind und getrennt bleiben oder zusammenfließen. Wird die Blasendecke abgehoben, so zeigt sich eine nässende Oberfläche, welche sich bald mit Krusten bedeckt, sich aber nicht mehr in ihrem Umfange ausdehnt. Die Blasen heilen entweder mit Hinterlassung eines pigmentierten Flecks ab oder sie geben Veranlassung zur Geschwürsbildung, welche eine Narbe hinterläßt. Was die Lokalisation der Blasen betrifft, so treten sie nicht allein auf der äußeren Haut, sondern auch auf der Mund-, Zungen- und Lippenschleimhaut auf, u. zw. bereits sehr frühzeitig im Verlaufe der Krankheit und in so ausgedehntem Maße und so andauernd, daß sie von sehr ernster Bedeutung für den Zustand des Patienten sind. Dagegen werden, im Gegensatz zu anderen Blasenausschlägen, die Cornea und die Konjunktiva nur selten von Blasen befallen. Das Abheilen der Blasen auf der Haut geschieht im Beginne der Krankheit sehr schnell, innerhalb 8 Tage gewöhnlich, später, wenn die Blasen zahlreich sind, dauert die Überhornung und die Verheilung der Exfoliationsfläche länger oder sie erfolgen überhaupt nicht, so daß dann große Flächen mit Krusten und Borken bedeckt sind. Dann hat man den Pemphigus foliaceus vor sich. Während im Beginne der Krankheit der Pat. nur vor dem Auftreten der Blasen an den betreffenden Stellen Jucken und Brennen empfunden hat, ist jetzt die gesamte Hautdecke der Sitz heftiger Schmerzen, welche aber nicht in das heftige Juckgefühl anderer Hautkrankheiten übergehen. Im weiteren Verlaufe der Krankheit fallen die Haare aus, treten Deformationen oder Ausfall der Nägel auf und sind die Lippen und die Mundschleimhaut exkoriert. Dies ist in kurzen Zügen derjenige schwere Blasenausschlag, für den B. u. D. den Namen Pemphigus reservieren: der eigentliche Pemphigus, zu ihm gehören also nicht die von der Wiener Schule dazu gerechneten benigneren Blasenausschläge, welche sich durch ihren ganzen Verlauf wesentlich von ihm unterscheiden. Letztere bilden eine Gruppe für sich und stehen in der Mitte zwischen dem Pemphigus und dem Erythema bullosum und werden von B. u. D. mit dem Namen Dermatitis bullosa multiformis (= Dermatitis herpetiformis Duhring) belegt. Dieselbe unterscheidet sich vom Pemphigus durch ihren gutartigen Charakter, d. h. sie bedroht nicht unmittelbar das Leben und kann lange Zeit bestehen, ohne schwere organische Veränderungen zu setzen. Trotzdem ist sie in subjektiver Hinsicht eine sehr quälende Krankheit und kann auch mitunter den Tod herbeiführen. Die Multiformität ihrer Effloreszenzen ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal vom Pemphigus: neben verschieden großen Blasen bestehen Bläschen mit serösem oder eitrigem Inhalte, erythematöse Flecke und Papeln. Diese Effloreszenzen können in einem gewissen Stadium zu gleicher Zeit vorkommen oder es kann auch zur Zeit eine Art allein vorhanden sein, um bei einem späteren Ausbruch der Krankheit durch eine andere ersetzt zu werden. Daneben besteht nun als hervorragendes klinisches Symptom eine Störung der Sensibilität: Jucken, Brennen, Stechen, Hyperästhesie etc., u. zw. nicht allein zur Zeit eines neuen Ausbruchs, sondern auch in der Zwischenzeit. Die Krankheit zeichnet sich nämlich durch lange Dauer und durch Rezidivfähigkeit aus; die neuen Ausbrüche können erst nach langdauerndem Intervall aufeinander folgen oder sie schließen sich unmittelbar aneinander an.

Sie kommt in jedem Lebensalter vor. Atiologische Bedingungen sind unbekannt. Die genauere Kenntnis dieser Krankheit verdanken die Leser dieser Zeitschrift der Unnaschen Arbeit „über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben" im Jahrgange 1889.

(Fortsetzung folgt.)

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Heft 1. 1892.
Referent: Dr. Carl Berliner-Aachen.

I. **Über Lichen ruber acuminatus, planus und Pityriasis pilaris,** von Prof. Neumann. Die Verquickung der Lichenfrage mit der Frage der Existenz der Pityriasis pilaris hat vielfach Unklarheit in die ganze Materie gebracht. Verf. will an der Hand eines Falles von Pityriasis pilaris die Existenz derselben durch klinische Beobachtungen und histologische Untersuchungen aufser Frage stellen.

N. bespricht zunächst den Lichen ruber acuminatus und planus, die er histologisch wie klinisch genau voneinander unterscheidet. Beim Lichen planus sind es mehr die Schweifsdrüsen, welche pathologisch verändert sind, beim Lichen ruber acuminatus mehr die Haarbälge, die einen mehr acinösen Bau annehmen, konische Zapfen darbieten, in denen die Zellen der äufseren Wurzelscheiden vermehrt sind; die Vergröfserung der Papillen und die Zellwucherung, zumal in den Gefäfsen der oberen Cutislagen, sind hier deutlich ausgeprägt. „Beim Lichen planus findet eine excessive Bildung der Epidermis statt, an der das Rete Malpighii wie das Stratum corneum gleichen Anteil nimmt". — Nach einem kurzen Rückblick auf die einschlägige Litteratur wendet sich Verf. der Pityriasisfrage zu. Auf dem internationalen Kongresse in Paris 1889 war es nur Kaposi, der die Existenz der Pityriasis pilaris als selbständige Krankheit bestritt. Besnier hatte diese Krankheit im Jahre 1869 in den *Annales de Derm.* zuerst ausführlich beschrieben. Ihm folgten später Richaud, Brocq, Devergie, Robinson, Taylor, Malcolm Morris, Hebra, Róna, Unna, Török u. a.

Verf. schildert im folgenden ausführlich seinen eigenen Fall von Pityriasis pilaris und fafst die sich aus demselben ergebenden, charakteristischen Merkmale der Krankheit dahin zusammen: Bildung von punktförmigen, mit dünnen Lamellen bedeckten, genau den Mündungen der Haarfollikel entsprechenden Knötchen, welche aus Epidermishügelchen bestehen, die Gruppierung der Knötchen an der dritten Phalanx, entsprechend den einzelnen daselbst vorkommenden Haaren, die Glätte der Haut, die geringen Ernährungsstörungen und die günstige Prognose. Bei der Pityriasis pilaris hat man es mit einem akuten, erythematösen, mehr in den oberen Lagen der Cutis auftretenden Prozesse zu thun, welcher teils mit Hyperkeratose, teils mit Exfoliation der Epidermis endigt und vorwiegend die Hautfollikel, zumal die Haarbälge, trifft. Im Gegensatze zum Lichen ruber acuminatus sind es die Zellen der inneren Wurzelscheide, welche proliferieren, den Haarbalg ausfüllen und das Haar von seiner Papille abheben.

II. **Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris,** von Julius Müller. Der Fall betrifft einen 37jährigen italienischen Arbeiter, der, wegen chronischer Lungentuberkulose in die innere Abteilung des städtischen Krankenhauses aufgenommen, später wegen seiner interessanten Hautanomalie der Abteilung für Hautkranke und Syphilis zugewiesen wurde.

Nach den Angaben des Patienten kam ein ähnlicher Fall in der Familie nicht vor. Gleich nach der Geburt wurde die Abnormität bemerkt und von der Mutter auf ein „Versehen" während der Schwangerschaft zurückgeführt.

Von der Affektion ist die linke Körperhälfte frei, auf der rechten Seite sind Stamm, Hals und Kopf, wenige normale Hautinseln abgerechnet, diffus ergriffen,

während die Extremitäten meist nur eine streifen- und strichförmige Beteiligung zeigen. Der Naevus hält auf der Vorderfläche mit minutiöser Genauigkeit die Mittellinie ein, während er auf der Rückenfläche sich weniger streng an dieselben gebunden hält. Im folgenden werden die Grenzen des Naevus angegeben, sodann die einzelnen regionären Verhältnisse, insbesondere die Anordnung, die mehr oder weniger grofse Verschiedenheit in Pigmentierung, Stärke, Konsistenz der verrukösen Efflorescenzen näher beschrieben. Auf dem Gesichte fühlen sich die letzteren weich, sammetartig an und zeigen eine schwach ausgeprägte Braunfärbung. Während man auf der linken, der normalen Seite vollentwickelte, kräftige schwarze Barthaare bemerkt, sieht man rechterseits sehr wenige hellblonde Lanugohärchen. Am behaarten Kopfe tritt die Differenz ganz auffallend in Farbe, Stärke des Haarwuchses hervor. Links schwarzes, eben im Ergrauen begriffenes, noch ziemlich dicht stehendes Haar von normaler Dicke und Mächtigkeit, rechts durchweg dünnes, hellblondes, lanugoähnliches Haar. — Der Naevus ist stärker ausgeprägt an der oberen Hälfte des Halses und des Nackens, in der Achselhöhle, am oberen Befestigungsrande des Ohres, am Oberschenkel-Skrotaleinschnitte. Ätiologisch wäre hier vielleicht der konstante Reiz, dem die sich berührenden Flächen ausgesetzt gewesen, anzuführen.

Verf. resumiert am Schlusse der Arbeit das Interessante des Falles in folgenden Sätzen:

1. die Lokalisation, indem fast nur die eine Körperhälfte beteiligt ist;
2. das Ergriffensein derselben fast in ihrer ganzen Ausdehnung;
3. die cirkumskripte, starke Ausprägung des allgemeinen Naevus an Orten, die Reizzuständen verschiedener Art ausgesetzt sind.

III. **Über multiple Dermatomyome** von Dr. Wladimir Lukasiewicz. Die Affektion ist in dem vom Verf. beschriebenen Falle charakterisiert an der Streckseite der unteren Hälfte des Oberschenkels durch 30 hirsekorn- bis erbsengrofse, runde oder ovale, blaurote oder blafsbraune, in der Haut liegende und mit dieser verschiebbare, leicht über das Niveau der gesunden Umgebung hervorragende Knötchen. Die Oberfläche derselben ist intakt, glatt, glänzend. Die Knötchen sind scharf begrenzt, fühlen sich derb an, blassen auf Druck ab und verursachen dabei dem Kranken Schmerz. — An der Streckseite des linken Unterschenkels, der Mitte desselben entsprechend, befindet sich eine überhandflächengrofse, von ca. 60 Tumoren besetzte Zone. Dieselben sind den ersteren ähnlich, jedoch dichtgedrängt und meist gröfser. Die zwischen den Tumoren liegende Haut ist vollkommen intakt, die Sensibilität normal. Auf stärkeren Druck treten, wie durch einen elektrischen Schlag hervorgerufen, stofsweise Erschütterungen des ganzen Körpers auf, während bei mäfsigem Drucke sich heftige, ausstrahlende, bis zu neuralgischen Anfällen sich steigernde Schmerzen bemerkbar machen. Aufregung und Obstipation steigern diese Empfindlichkeit sehr wesentlich. Differentialdiagnostisch kamen in Betracht die Neurofibrome, das Xanthoma tuberosum, Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi), die Keloide nach Herpes zoster, besonders nach der von Kaposi als Herpes zoster gangraenosus hystericus beschriebenen Art desselben.

Nach der mikroskopischen Untersuchung von exzidierten Knötchen entschied sich Verf. für die zuerst von Besnier, in der letzten Zeit von Hess und Jadassohn beschriebenen Dermatomyome. Dieselben befinden sich ausschliefslich im Cutisgewebe unter dem abgeplatteten Papillarkörper und bestehen aus glatten Muskelfasern. Die mittleren Partien der Knötchen sind gefäfsreicher, bilden ein dichtes Geflecht aus Muskelbündeln, welche gegen die Peripherie hin mehr und mehr durch Bindegewebszüge auseinandergedrängt, immer spärlicher werden, um schliefslich in das normale Cutisgewebe überzugehen.

Therapeutisch kamen in Anwendung Injektionen von 2 % Natr. arsenic., lokal wurden Umschläge mit einem Infus von Hyosc. und Cap. papav. appliziert. Die Schmerzhaftigkeit wurde bedeutend herabgesetzt. Während die Zahl und die Beschaffenheit der Knötchen anfänglich keine wesentliche Änderung erfuhren, schienen dieselben später geringer und kleiner geworden zu sein.

Was die Prognose der Affektion betrifft, so würde sich dieselbe nach der vom Verf. konstatierten und auch von JADASSOHN in einem seiner Fälle erwähnten Involution der Tumoren nicht ungünstig gestalten. Verf. möchte, wo die Ausdehnung der Affektion die Exstirpation der Krankheitsherde unmöglich macht, eine konsequent durchgeführte Arseniktherapie vorschlagen.

IV. **Über die Veränderungen des Blutes unter dem Einflusse von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten** von WLADYSLAW BIEGANSKI. LIÉGOIS (*Gazette des hôpitaux* 1869) war der erste, welcher die Beobachtung machte, daſs Syphiliskranke unter der Wirkung von kleinen Dosen von Sublimat an Gewicht zunehmen, und daſs sich ihr Allgemeinbefinden schnell verbessert. WILBUSZEWICZ (*Arch. de phys. norm. et. pathol.* 1874) stellte eine Reihe von Untersuchungen an Syphiliskranken und an Tieren an, wobei er namentlich das Verhalten der Zahl der weiſsen und roten Blutkörperchen berücksichtigte. Er gelangte zu folgenden Resultaten:

1. Vor der Darreichung von Quecksilber nimmt die Zahl der roten Blutkörperchen im Zeitraum von 4 Tagen unter dem Einflusse des Syphilisgiftes selbst bedeutend ab. 2. Die Zahl der weiſsen Blutkörperchen nimmt zu. 3. Unter der Wirkung von Quecksilber nimmt die Zahl der roten Blutkörperchen ständig bis zu einer gewissen Zeit (bis zum 16. Tage der Darreichung) zu, nachher nimmt sie ab bis zur Beendigung der Kur. Die Zahl der weiſsen Blutkörperchen nimmt während der ganzen Behandlung stetig ab.

KEYES (*The americ. Journ. of the med. sciences* 1876) fand: 1. daſs Syphiliskranke sogar lange Zeit bei kleinen Quecksilberdosen an Körperkraft und Körpergewicht zunehmen; deshalb 2. daſs das Quecksilber die Zahl der roten Blutkörperchen vergröſsert, 3. daſs Syphilis an und für sich eine Abnahme der roten Blutkörperchen hervorruft. KEYES glaubte deshalb, daſs Quecksilber in kleinen Dosen wie ein Tonikum wirke und als solches die Blutarmut bei Syphilis heilen könnte.

SCHLESINGER gelangte (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* 1880) zu ähnlichen Resultaten, trat jedoch der Ansicht KEYES entgegen, daſs das Quecksilber tonisch wirken solle, da er bei seinen Versuchen keine vermehrte Harnstoffausscheidung fand. Die Sektion der Versuchstiere ergab in allen innerlichen Organen (insbesondere Leber und Nieren) eine kolossale Verfettung. Das Quecksilber verhindert zwar den Zerfall der roten Blutkörperchen, hemmt jedoch den Oxydationsprozeſs im Organismus. — HALLOPEAU, ROBIN, BAMBERGER, GAILLARD u. a. stimmen in den Resultaten ihrer Untersuchungen mit den vorerwähnten Autoren überein. KOBERT (*Schmidts Jahrb.* 1885) warnt ebenfalls davor, das Quecksilber gleich dem Eisen als tonisch wirkendes Mittel aufzufassen.

Verf. ist der Ansicht, daſs die Vergröſserung oder Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen in einem Einheitsteil des Blutes noch keineswegs die Vergröſserung oder Verkleinerung ihrer gesamten Zahl beweise. WELCKER, VIERORDT, DUPERRIER, MALLASSEZ fanden, daſs die Zahl der roten Blutkörperchen in einem und demselben Menschen bedeutenden Schwankungen unterworfen sein kann. Nach reichlicher Nahrungsaufnahme nimmt die Zahl der roten Blutkörperchen bedeutend ab, während bei Tieren im Hungerzustande eine Zunahme der roten Blutkörperchen gefunden wurde. In pathologischen Zuständen, bei denen insbesondere ein starker

Wasserverlust, wie bei Diarrhoe, Cholera, stattfindet, ist ebenfalls eine beträchtliche Vermehrung der roten Blutkörperchen nachgewiesen worden. Somit läfst sich aus der Zu- oder Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen nicht immer auf eine Verbesserung oder Verschlechterung des Blutes in Bezug auf organisierte Bestandteile schliefsen.

Verf. hat sich bei der Bearbeitung des vorliegenden Themas folgende Aufgaben zur Entscheidung gestellt: 1. Die auftretenden Veränderungen im Blute unter der Wirkung des Syphilisgiftes vor der Behandlung zu untersuchen. 2. Die Veränderungen des Blutes bei Syphiliskranken nach der Beendigung der Behandlung mit Quecksilber zu untersuchen, und zwar mit Berücksichtigung der verschiedenen heute angewandten Behandlungsmethoden (innerliche Darreichung, Schmierkur und subkutane Injektionen). 3. Die Veränderungen des Blutes zu untersuchen im Verlaufe der Behandlung selbst — Zur Zählung der roten Blutkörperchen bediente sich B. des Thoma-Zeissschen Apparates. Das zu untersuchende Blut wurde zumeist mit Hayemscher Lösung verdünnt. Verf. giebt im folgenden die Untersuchungsmethode näher an und stellt dann die Resultate seiner an 30 Syphilispatienten vorgenommenen Untersuchungen tabellarisch zusammen, wobei er Männer, Frauen, Kinder und die einzelnen Methoden der Darreichung des Quecksilbers für sich besonders berücksichtigt. Die Tabellen sind ungemein interessant. Das Gesamtresumé seiner Untersuchungen ist in folgenden Sätzen wiedergegeben:

1. Unter der Wirkung des Syphilisgiftes verändert sich sehr lange Zeit die Zahl der roten Blutkörperchen überhaupt nicht und bleibt normal.

2. Die Zahl der weifsen Blutkörperchen nimmt unter der Wirkung der Syphilis erheblich zu.

3. Unter den weifsen Blutkörperchen vergröfsert sich hauptsächlich die Zahl der kleinen einkernigen (sog. Lymphocyten), und dementsprechend nimmt die Zahl der mehrkernigen Blutkörperchen ab.

4. Unter der Wirkung des Syphilisgiftes wird die Färbung des Blutes (der Hämoglobingehalt) bedeutend geringer.

5. Durch die Wirkung des Quecksilbers unterliegt die Zahl der roten Blutkörperchen zahlreichen Schwankungen, welche durch die gröfsere oder geringere Verdickung des Blutes bedingt sind, aber nicht von dem Grade der Ernährung des Patienten abhängen.

6. Unter der Wirkung des Quecksilbers nimmt die Zahl der weifsen Blutkörperchen ab, und das Verhältnis der weifsen Blutkörperchen zu den roten wird annähernd normal.

7. Unter den weifsen Blutkörperchen verkleinert sich die Zahl der kleinen einkernigen, und das Procentverhältnis der mehrkernigen Zellen wird gröfser.

8. Der Hämoglobingehalt nimmt unter der Wirkung des Quecksilbers beständig und bedeutend zu.

9. Bei der wirklichen Anämie, die nach der Darreichung grofser Quecksilbermengen auftritt, sind die roten Blutkörperchen einer Veränderung unterworfen, die hauptsächlich ihre Beschaffenheit betrifft. (Zerfall der Körperchen, Megalocyten, Mikrocyten.)

V. **Giebt es eine Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen?** von Edvard Welander. Seit Neissers Entdeckung der Gonokokken ist man von der Ansicht, dafs die Gonorrhoe sehr oft ihren Sitz in der Vagina habe, zurückgekommen, da man im Vaginalsekrete, wie dies auch vom Verfasser in zwei späteren Aufsätzen bestätigt wurde, nur sehr selten Gonokokken fand und dann stets, wenn gleichzeitig im Cervikalkanal Gonorrhoe bestand. Es konnte deshalb zweifelhaft sein, ob die Gonokokken aus der Vagina oder dem Cervikalkanal stammten. In den vom Verfasser

beobachteten Fällen spricht indessen nicht nur das Vorkommen von Gonokokken in der Vagina, sondern insbesondere der Charakter der Vaginitis dafür, dafs dieselbe durch die Gonokokken hervorgerufen worden ist. Verfasser zitiert aus seinem früheren Aufsatze (*Bulletin médic.* Nr. 1. 1889) den Passus, welcher die charakteristischen Merkmale der eigentlich gonorrhoischen Vaginitis angiebt. Danach bestand in einem der erwähnten Fälle von Vaginitis gleichzeitig eine akute Urethritis, die Vagina war der Sitz eines akuten, eitrigen Katarrhs und zeigte sich derart empfindlich, dafs an die Einführung eines Speculums gar nicht zu denken war.

Das Sekret enthielt ausschliefslich Eiterzellen, kaum eine einzige Epithelzelle. Die Bakterien, welche für gewöhnlich in der Vagina vorkommen, waren in dem vorliegenden Falle ganz vereinzelt. Mit Leichtigkeit konnten die typischen Anhäufungen der Gonokokken in den Zellen, ganz wie bei der Gonorrhoe des Mannes, wahrgenommen werden. Dafs diese Menge von Gonokokken und von Eiter aus dem Cervikalkanal gekommen sein sollte, hält Verfasser für ganz unwahrscheinlich. Eine Untersuchung konnte erst nach Ablauf des akuten Stadiums vorgenommen werden. In einem der beschriebenen Fälle zeigte sich der Cervikalkanal völlig gesund, mit klarem, zähem Sekret, ohne eine Spur von Gonokokken.

Verfasser beschreibt in folgendem den neuesten Fall aus seiner Praxis, in welchem bei starker, purulenter, gonorrhoischer Vaginitis der Uterus, abgesehen von einer leichten Rötung der Cervix, von der Entzündung freiblieb. — Die Fälle von gonorrhoischer Vaginitis, die Verfasser Gelegenheit hatte, zu beobachten, betrafen ausschliefslich junge Frauen, die sich die Gonorrhoe nach den ersten Kohabitationen zugezogen hatten. Unter den Prostituierten sind Fälle von wirklicher gonorrhoischer Vaginitis fast gar nicht anzutreffen, weil die Gonokokken in der durch beständige Irritationen veränderten Vaginalschleimhaut wohl einen ungünstigen Nährboden für ihre Entwickelung vorfinden.

VI. **Über die Pityriasis rubra (HEBRA) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose** (nebst Bemerkungen über Pigmentverschleppung aus der Haut). Fortsetzung. Von J. JADASSOHN. Verfasser bespricht in dem 4. Abschnitte seiner Arbeit die Beziehungen der Pityriasis rubra zur Tuberkulose. Unter 16 Fällen von Pityriasis rubra, deren Diagnose zweifellos feststand, wurden 9 bis zu ihrem Tode verfolgt, bei 7 wurde die Sektion vorgenommen, und bei 6 fanden sich tuberkulöse Veränderungen vor. Zu diesen 6 treten 2 vom Verfasser beobachtete, ebenfalls mit Tuberkulose komplizierte Fälle von Pityriasis rubra.

Im ganzen wurden also in 44 % der als sicher diagnostizierten Fälle von Pityriasis rubra Tuberkulose konstatiert.

In dem einen vom Verf. veröffentlichten Falle ergab die mikroskopische Untersuchung zweier Lymphdrüsen, die eigenartig pigmentiert waren und schon makroskopisch auf Tuberkulose verdächtige Stellen zeigten, Riesenzellen, vereinzelte kleine Käseherde und eine geringe Anzahl von Tuberkelbacillen. In einer exstirpierten Drüse des 2. beschriebenen Falles fanden sich spärliche Tuberkelbacillen, während die für die Lymphdrüsentuberkulose charakteristischen Riesenzellen und Käseherde fehlten, ein Befund, der auch von anderen Autoren, so ARNOLD (*Virchows Arch.* 1882, S. 139) berichtet wird. Makroskopisch war auch hier eine eigentümliche Pigmentation vorhanden.

Da die Zahl, vielleicht auch die Virulenz der Tuberkelbacillen die anatomische Beschaffenheit ihrer pathologischen Produkte bedingt, so glaubt Verf., indem er BAUMGARTENS Schilderung von der Entwickelung der Lymphdrüsentuberkulose nach Tierimpfungen vergleichsweise heranzieht, dafs es sich im vorliegenden Falle um einen aufserordentlich langsam fortschreitenden, vielleicht sogar auf einer frühen Entwickelungs-

stufe stillstehenden Prozefs handelte, bei dem es zur Entwickelung von Riesenzellen entweder noch nicht gekommen war, oder in Ermangelung einer hinreichend grofsen Zahl von Bacillen nicht kommen konnte.

Die Frage, ob die Komplikation der Pityriasis rubra mit der Tuberkulose, speziell der Lymphdrüsentuberkulose, eine rein zufällige sei, glaubt Verf. bei dem relativ grofsen Procentsatze der Fälle, welche diese Komplikation zeigten, verneinen zu müssen. Die Möglichkeit, dafs Patienten, welche an Pityriasis rubra leiden, für die Tuberkulose besonders prädisponiert sind, ist bei einer so langwierigen, erschöpfenden Hautkrankheit nicht auszuschliefsen, wiewohl es nicht ersichtlich ist, weshalb gerade die der Haut zugehörenden Lymphdrüsen einen Locus minoris resistentiae für die Tuberkulose abgeben sollten. Eine befriedigende Erklärung für den Zusammenhang von Pityriasis rubra und Tuberkulose wird sich vielleicht an der Hand eines gröfserenMaterials, als es dem Verf. zu Gebote stand, finden lassen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Hautresorption, von Sobieranski. (VI. Kongrefs der poln. Naturforscherver. 1891.) V. rieb die normale, d. h. unlädierte Bauch- und Rückenhaut von Kaninchen und Hunden mit Vaselin ein und will dann gröfsere Mengen von Vaseline in den Exkrementen und den Muskeln, kleinere Mengen in der Leber und den Nieren wiedergefunden haben. *P. Taenzer-Bremen.*

Versuche über die Durchlässigkeit der Haut, von Margherita Traube-Mengarini, (ausgeführt im Hygieneinstitut der Universität Rom, 1891.) Abweichend von früheren nicht einwandfreien Methoden trug T. die betr. Substanzen bei Körpertemperatur mit einem weichen Pinsel auf die Haut, spez. Bauchhaut und Brustwarzen des Hundes auf.

1. Versuch. Während 70 (!) Tagen wurde eine leicht mit Essigsäure versetzte Lösung von Boraxkarmin aufgepinselt. Resultat: die Hornschicht fand sich entsprechend den Haarfollikeln punktförmig bis zum Stratum lucid. mit Karminkörnern imprägniert.

2. Versuch. Bepinseln mit Ferrocyankalium, Einbringen der Haut in Eisenchloridlösung. — Verschieden färben sich je nach Entwickelungsstadium die Haare; intensiv ist die innere Wurzelscheide gefärbt; ebenso stark die Hornschicht. Auffallend war das Auffinden von gefärbten Kernen in der oberflächlichen Hornschicht. Ein ähnlicher Befund in der tiefen Hornschicht zeigte sich bei vorhergehendem Einreiben der Haut mit Jodhämatoxylinlanolin.

Beim 3. Versuch wurde während 10 Tagen (!) Jodtinktur täglich einmal aufgepinselt. Befund: die Haut bis zur Basis der Epithelzapfen orangegelb bis schwach strohgelb verfärbt; gelbe scharf ausgesprochene Verfärbung des Papillarlymphgefäfsnetzes; innere Wurzelscheide der Haare rotgelb verfärbt; Haarfärbung nicht konstant.

Das Resultat der Untersuchung fafst Verf. mit den Worten zusammen: die Hornschicht ist bis zum Stratum granulosum für Lösungen durchgängig; die eingedrungenen Substanzen versperren den nachfolgenden für ein weiteres Eindringen den Weg. *Ernst Heufs.*

Mikroskopische Technik.

Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri von A. Dührssen (*Arch. f. Gynäk.* Bd. 41, Heft 1 u. 2). Aus dieser Arbeit D.s., die sich mit dem Gehalt der Portio vaginalis an **elastischen Fasern** und deren Bedeutung beschäftigt, interessiert uns hauptsächlich seine Methode zur Färbung der elastischen Fasern. Nachdem die gebräuchlichen Methoden ihm alle kein genügendes Resultat ergeben hatten, legte er die in Alkohol, Müllerscher Lösung oder Wickersheimerscher Flüssigkeit gehärteten Schnitte aus Wasser auf 48 Stunden in 2 % Kalilauge, spülte in Wasser ab und färbte 24 Stunden in Anilinessigsäure; dann Abspülung in Wasser und Konservierung in 50 % Kali aceticum-Lösung. Manchmal trat die Färbung erst nach 12—24 Stunden hervor. Da sich aber die Schnitte stark kräuselten und die Struktur des Gewebes Schaden litt, so kehrte er auch von dieser Methode wieder zu den von Unna und Martinotti angegebenen zurück. Nur empfiehlt er, die Härtung der Objekte in 0,2 % Chromsäure vorzunehmen, und bei der Unnaschen Methode die Konstrastfärbung mit Vesuvin nach der Fuchsinfärbung vorzunehmen. *F. Hahn-Bremen.*

Über eine neue Karbolmethylenblau-Methode von Fritz Pregl (*Centralbl. f. Bakt.* X. Bd. Nr. 25. 1892). Diese Methode besteht in Einbettung des Materials in Paraffin, Entziehung des letzteren nach dem Schneiden in Xylol, Alkohol, Wasser; zuvor werden die Schnitte mit Eiweifsglycerin auf dem Objektträger befestigt. Dann trocknet man den Objektträger an der Luft durch Hin- und Herschwenken oder durch Absaugen des Wassers und bedeckt den Schnitt reichlich mit Karbolmethylenblau (Methylenblau 1,5, Alk. absol. 10,0; adde 5 % Aq. carbolis. 100,0); nach ½—1 Minute Abspülung in Wasser, Einlegen behufs Differenzierung in 50 %igen Alkohol so lange, bis die Schnitte eine blafsblaue Farbe angenommen haben mit einem Stich ins Grünliche, Entwässerung in Alcohol absolutus, Aufhellung in Xylol, Einschliefsung in Harz. — Bei schwerer Färbbarkeit der Schnitte mufs man dieselben mit der Farblösung etwas erwärmen, bis leichte Dämpfe sich entwickeln. Diese Methode soll sich bei schwer färbbarem Materiale (Nachweis der Hühnercholerabazillen) sehr gut bewährt haben. *P. Taenzer-Bremen.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über eine neue Methode der Hauttransplantation, von P. A. Morrow. (*New York med. Journ.* Dez. 12. 1891.) Bei einem Patienten mit einer grofsen, vierzig Jahre alten Verbrennungsnarbe auf dem Kopfe hat Verf. versucht, eine Übertragung von Haut nebst Haaren zu bewerkstelligen. Er bediente sich dazu des Hautlocheisens von Keyes und entfernte von einer gesunden Kopfhaut Stücke von 3,5 bis 4,0 cm Umfang, die er in eine entsprechend hergestellte Vertiefung beim Patienten einfügte. Bei der einen Sitzung wurden aus äufseren Gründen die entfernten Stücke vorm Einsetzen in eine warme Salzlösung einige Zeit eingelegt; diese Stücke heilten zwar direkt an, doch fielen die Haare aus und entwickelten sich nicht wieder. Die übrigen, direkt eingesetzten Stücke boten dagegen ein deutliches Haarwachstum dar. Die Technik der Operation ist einfach; mit dem Locheisen wird die ganze Cutis bis zum subkutanen Gewebe durchschnitten und das betreffende Stück mit Pinzette und Skalpell abgetrennt; an der zu bepflanzenden Stelle wird eine genau so grofse Vertiefung hergestellt, das abgelöste Stück eingesetzt und mit Guttaperchapapier, das an den Rändern mit Chloroform angefeuchtet wird, festgehalten. Nötigenfalls wird bei der Operation Kokain, vorzugsweise per elektrische Kataphorese appliziert.

Diese Methode ist namentlich auch bei der Entfernung von Neubildungen aller Art am Gesicht zur Vermeidung entstellender Narben empfehlenswert.

Philippi-Nicheim.

Ein aufserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des Juckreizes, von Dr. Richard Klein. (*Therap. Monatsh.* Heft I. 1892.) Als solches bezeichnet R nach vielen Versuchen in der Kinderpraxis das Ung. Lanolini mit einem Zusatze von 60 % Wasser. Die Rezeptformel hierzu lautet:

Lanolini puriss. Liebr. anhydric. 50
Vaselin. americ. 20
Aq. destill. 25
Misce terendo fiat unguentum
3stündl. zur Einreibung.

Bei dem grofsen Wassergehalte der Salbe entsteht nach ihrer Verreibung starke Verdunstung des suspendierten Wassers und damit eine angenehm wirkende Abkühlung der Hautoberfläche. Dafs hierdurch eine Verminderung der kapillaren Hyperämie der Cutis stattfindet, dürfte sehr wahrscheinlich sein und damit die günstige Beeinflussung des Juckreizes zusammenhängen. Absolut reizlos und schnell resorbierbar läfst sich diese Salbe in jedem Stadium der Exantheme der Kinder, wie Masern, Scharlach, Windpocken, anwenden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die labilen Eiweifsstoffe (*Schweiz. Wochenschr. f. Pharm.* No. 29. 1891.) hat M. Nencki in der Berner chem. Gesellschaft einen bedeutsamen Vortrag gehalten, der in unserm Zeitalter der „Bakteridintherapie" auch ärztliche Kreise interessieren dürfte. Zeigte sich doch so zwingend, wie jetzt die enge Abhängigkeit der Medizin von der biologischen Chemie, wie nur ein festes Anschliefsen an sie die Medizin vor folgeschweren Irrtümern schützen kann.

Nachdem N. die chemischen Eigenschaften der Albumosen und Peptone, der nächsten Derivate der tierischen und pflanzlichen Eiweifsstoffe, besprochen, kommt er auf das uns speziell Interessierende, die Toxalbumine und Enzyme, zu sprechen.

Rufen die reinen Albumine, Serum, Eiereiweifs, das im Brode vorkommende Glutëincaseïn, subkutan injiziert nur geringe toxische Erscheinungen: Albuminurie, Lymphangitis etc. hervor, so zählen dagegen die Toxalbumine zu den intensivsten, Strychnin, Morphin etc. an Wirksamkeit weit übertreffenden Giften. — Den Peptonen in Eigenschaften sonst ähnlich, sind sie, z. B. die Schlangengifte, im Gegensatz zu den echten Eiweifsen, die Erwärmen auf 50° nicht vertragen, gegen trockene Hitze ziemlich widerstandsfähig, werden jedoch durch Säuren sehr leicht unschädlich gemacht. Viperngift, z. B. der Cobra, durch die Bauchwand direkt in den alkalischen Dünndarm injiziert, tötet, per os ist es unschädlich. — Auch aus Pflanzen wurden Toxalbumine isoliert, so das Abrin aus Jequirity. (Neben Abrin wurde in letzter Zeit auch das Ricin, von der offiz. Ricinuspflanze, dann das schwächer wirkende Robin, aus der Akazienrinde dargestellt, von Kobert und Ehrlich auf ihre pharmakodynamischen und physiologischen Wirkungen geprüft, wie uns die Zukunft wohl noch eine ganze Reihe solcher mehr oder weniger toxisch wirkender Pflanzenalbumosen bringen wird. S. Ref. *Monatsh.* Bd. XIII. pag. 314. 520.)

Weiter wurden Toxalbuminosen aus den Bacillen der Diphtherie, des Tetanus erhalten, in letzter Zeit aus Tuberkelbacillen.

Dafs es sich beim Tuberkulin Koch um eine Toxalbuminose handelt, konnte im letzten Sommer durch die in N's. Laboratorium angestellten Untersuchungen nach Isolierung des wirksamen Agens bewiesen werden. Spuren davon, einem Lupuskranken injiziert, brachten die typischen Reaktionserscheinungen hervor.

Mit den Toxalbuminen teilen die Enzyme die grofse Unbeständigkeit, gleiches Verhalten gegen Wärme und chemische Agentien und subkutan oder in Blutbahn injiziert, die Giftwirkung: Fibringerinnung, Thrombosenbildung, Stauung des venösen Blutes mit folgendem Sinken des Blutdrucks, Ödeme, Darmerscheinungen. — In den Darm eingeführt, werden die Enzyme jedoch gleich den Toxalbuminosen in ungiftige Modifikationen übergeführt.

Dafs die Enzyme, die „löslichen Fermente", die im Gegensatz zu den Toxalbuminen stets hydrolytisch wirken, sowie letztere wirkliche Eiweifskörper sind (worüber man sich viel gestritten hat), bewies N. durch einen von S. Glinka in seinem Laboratorium angestellten Versuch, wo das aus dem Jequiritysamen isolierte Abrin alle den Eiweifskörpern zugehörigen Eigenschaften aufwies.

„Als nächste Aufgabe der biologischen Chemie betrachte ich die Erforschung der Ursachen, die es bedingen, dafs einzelne Eiweifssubstanzen, wie das Fibrin, Casein, Alkali- und Acidalbumine relativ beständig, andere aber, wie gerade die Toxalbumine und Enzyme zu den labilsten, unbeständigsten chemischen Körpern gehören. Die gröfste Ähnlichkeit, sowohl im physikalischen als chemischen Verhalten zeigen diese labilen Eiweifsstoffe mit dem protoplasmatischen Eiweifs der lebendigen Zelle, das nach ihm und andern, gegenüber der toten eine labile Konstitution haben müsse. Eiweifsstoffe in leicht alkalischen Lösungen nehmen nach seinen mit N. Sieber angestellten Untersuchungen gleich lebenden Organismen langsam Sauerstoff aus der Luft auf. „Es wird von Interesse sein, das Verhalten auch der Enzyme und Toxalbumine — dieser „Gruppen in Bewegung" — gegen Sauerstoff und andre Gase zu untersuchen. Die Erforschung der Enzyme und Toxalbumine wird auch die nähere Kenntnis des lebendigen, protoplasmatischen Eiweifses und damit der Erscheinungen, die man als Leben bezeichnet, zur Folge haben."

Zum Schlufs erwähnt N. einige therapeutische Versuche, die er mit sterilen Lösungen von Trypsin, Pepsin, Papayotin an bösartigen Geschwülsten, in der Absicht, eine Erweichung und Auflösung der Geschwulst hervorzurufen, gemacht. Die Erfolge waren bis dato nicht ermutigend. — (Die chemische und physiologische Erforschung dieser dem lebenden Organismus am nächsten stehenden labilen Eiweifskörper wird voraussichtlich für die Medizin von gröfster praktischer Bedeutung werden. Giebt es doch kein einziges Lebewesen bis zur einzelligen Protamöbe herab, das nicht Enzyme produzierte. Ref.) *Ernst Heufs.*

Pharmakologie.

Über Chloroformium medicinale Pictet, von R. du Bois-Reymond. (*Pharm. Centralhalle.* 1891. No. 46.) Während bei den anderen Chloroformarten bei Zersetzungen Rückstände ausgeschieden werden, die der Chemiker als Schmiere bezeichnet, finden sich solche bei diesem krystallisierten Chloroform nicht. Und gerade über schädliche Wirkungen dieser Beimengungen weifs man sehr wenig, doch sind die üblen Zufälle bei der Narkose jedenfalls gröfstenteils auf sie zu beziehen. Aufserdem ist dies Pictet-Chloroform haltbar, auch ohne Alkoholzusatz, und endlich ermöglicht es eine bessere Beschaffenheit der Narkose (Versuche an Bardelebens Klinik), indem die Anästhesie sehr bald, bei noch erhaltenen Reflexen, eintritt und nach Aussetzen der Inhalationen noch lange anhält; auch Erbrechen, Excitation und Jammer treten selten auf. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Salophen, von Goldmann (*Pharmaceut. Zeit.* 1891. No. 98) und von P. Guttmann (*Berl. klin. Woch.* 1891. No. 52.) In ersterer Arbeit erfahren wir chemische

Eigenschaften und Darstellungsweise dieses neuen Körpers, des Acetyl-p-amidosalols, der bestimmt ist, das Salol zu ersetzen, da bei demselben wegen der Gefahr der Karbolvergiftung Vorsicht nötig ist. GUTTMANN schildert in der zweiten Arbeit die von ihm angestellten therapeutischen Versuche; danach ist das Salophen ein gutes Mittel gegen akuten und chronischen Gelenkrheumatismus, in der Dosis von 4—6 g auch frei von Nebenwirkungen. Drei Fälle von Cystitis wurden nicht beeinflufst. *F. Hahn-Bremen.*

Akute Exantheme.

Der gegenwärtige Stand der animalen Vaccination, von L. FÜRST (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, Neue Folge No. 30). Verf. teilt in diesem Vortrage die Geschichte der Vaccination, vor allem die Einführung der animalen Vaccination, mit und schildert dann die Methoden zur Gewinnung und Konservierung der animalen Lymphe an der Hand der an seiner Impfanstalt gemachten Erfahrungen.

F. Hahn-Bremen.

Scharlach im Anschlufs an Hautläsionen. In einer Monographie über Scharlachdiphtheritis (*Zeitschr. f. klin. Medic.*, Bd. XIX., pg. 573) teilt Prof. S. T. SOERENSEN zwei Scharlachfälle mit, wo die Infektion wahrscheinlich durch eine Läsion der Haut stattgefunden hat. Ein an Varicellen leidendes 4jähriges Mädchen klagte 3 Tage vor der Aufnahme ins Spital über Schmerzen in der rechten Weiche, wo in der Umgebung einer geborstenen Varicellpustel Röte und Schwellung bemerkt wurde. Am selben Tage trat das Exanthem auf. Bei der Aufnahme wurden aufser einem schweren Scharlach eine spärliche Varicelleneruption und folgende Veränderungen am unteren Abdomen gefunden: Röte und Schwellung der Haut, an einer Stelle sickerte etwas Serum aus. Nach Spaltung dieser Stelle zeigte sich das Bindegewebe von gelblicher Farbe, fest infiltriert, ohne Eiter. Veränderungen im Schlunde gering. Am 7. Tage der Erkrankung exitus. Der Bruder erkrankte auch an Scharlach. — In dem 2. Falle hatte die Infektion wahrscheinlich durch eine Verletzung am linken oberen Augenlid stattgefunden. Am 4. Tage vor der Aufnahme hatte die Verletzung bei dem 1½jährigem Mädchen stattgefunden und schlofs sich am selben Abend allgemeines Unwohlsein, Rötung und Schwellung des Augenlids an. Bei der Aufnahme war das Augenlid stark geschwollen, derb elastisch; Temp. 38,5, am Schlunde kein Belag, mittelstarkes Scharlachexanthem. In den folgenden Tagen wird die Stelle am Augenlid nekrotisch, heilt nach Ausschaben. Nach c. 2 Monaten wird Pat. geheilt entlassen, nachdem die Abschuppung beendet ist. — Verf. schliefst aus diesen und ähnlichen Fällen, dafs das Scharlachgift an denjenigen Stellen, wo es in den Körper eintritt, hier an der äufseren Haut ähnliche Veränderungen setzt, wie unter gewöhnlichen Verhältnissen im Schlunde und den benachbarten Organen.

L. Philippson-Hamburg.

Ein Fall von zufälliger Kuhpockenimpfung, von E. M. SYMPSON. (*Brit. Med. Journ.*, Jan. 16., 1892.) Eine 35jährige Bäuerin, die seit ihrer frühesten Kindheit nicht wieder geimpft worden war, ritzte den Mittelfinger der linken Hand mit einem Dorn, worauf sich 3 bis 4 Tage nachher an dieser Stelle eine Papel und später ein gröfseres Bläschen entwickelten, kurz es handelte sich hier um eine zufällig acquirierte Vaccination. Dieselbe rührte zweifellos von den Kühen, die sie zu melken pflegte, her. Es bestanden nämlich bei diesen die charakteristischen Läsionen der Kuhpocke an den Eutern zur Zeit und vor der Infektion der Patientin.

Philippi-Nicheim.

Auf der 63. Naturforscherversammlung in Bremen sprach THOMAS in der Sektion für Kinderheilkunde über **Ursprung, Komplikation und Behandlung des Scharlachs.** Die Krankheitserreger sind noch nicht gesehen. Die Scharlachdiphtherie ist eine andere Krankheit als die genuine, da diese neben Scharlach auftreten kann. Der Rheumatismus bei Scharlach befällt in der Regel die Hand- und Fingergelenke; er dauert nur einige Tage. Antirheumatica sind ohne Einfluſs auf ihn. Die Nephritis wird in mancher Epidemie häufig, in anderen selten beobachtet; häufig ist sie von Dilatation und Hypertrophie des Herzens begleitet. Therapie verlangt Bettruhe, milde, nicht reizende Kost, Ableitung auf die Haut durch Bäder und Einpackungen. In der Diskussion widerspricht MEINERT der langdauernden Bettruhe, durch welche die Nephritis gezüchtet würde. *F. Hahn-Bremen.*

Die Verbreitung von Pocken, Masern und Scharlach in der Schweiz während der zehn Jahre von 1878—1887, von MINA FEINBERG. (*Inaug.-Diss.*, Bern 1891.) Verf. hat für alle Gemeinden der Schweiz die mittlere Höhenlage und die Hauptbeschäftigung der Bewohner ausgerechnet und sucht nun deren Einfluſs auf die Verbreitung obiger Ausschlagskrankheiten zu studieren. Sie kommt zu dem Schluſs, daſs die Höhenlage ebensowenig von Einfluſs ist, wie die Dichtigkeit der Bevölkerung. Von groſsem Einfluſs ist die Lebensstellung, indem die Mortalität von den agrikolen zu den industriellen und von diesen zu den städtischen Bezirken eine Steigerung für Pocken und Masern erfährt, während Scharlach in den industriellen eine Abnahme zeigt. *F. Hahn-Bremen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

In der Sitzung vom 20. Juni 1891 der Biologischen Gesellschaft zu Paris sprachen MARESTANG und COMBEMALE über die **Entzündung der Nerven bei Lepra anaesthetica,** welche durch die Anwesenheit der Bacillen hervorgerufen wird; daneben finden sich noch Ablagerungen von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk entweder zwischen den Nervenbündeln oder in den Nervenscheiden. *P. Taenser-Bremen.*

Die Beziehungen zwischen Hautflecken und der Nervenerkrankung bei der Lepra anaesthetica von Dr. GERLACH. (*Virchows Archiv* B. 125.) Auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen kommt G. zu folgenden Schlüssen: 1. In den jüngeren Stadien der Hautfleckenbildung bei der Lepra anaesthetica findet man lepröse Wucherungen als konstanten Befund nur an den peripherischen Enden des zugehörigen Nerven. Die gröberen Aste sind also in der Regel verschont; der Stamm selbst ist immer frei von leprösen Infiltrationen angetroffen worden. 2. Liegt ausnahmsweise ein lepröser Herd auch an den etwas gröſseren Verzweigungen, so ist derselbe jünger, als der peripher gelegene. 3. Bilder, bei denen die peripherischen Äste frei von lepröser Granulationsbildung waren, während der Stamm von ihr ergriffen war, sind überhaupt nicht angetroffen worden.

Daraus kann man nur schlieſsen, daſs die zu einem anästhetischen Hautflecke ziehenden Nerven bei der Lepra anaesthetica zuerst peripherisch erkranken. Weitere Untersuchungen ergaben dann, daſs, wenn die Nerven bis zum Korium emporgestiegen sind und das letztere infiltriert ist, dieselben mit groſser Sicherheit von der leprösen Wucherung ergriffen werden, besonders stark da, wo sie mit einer erkrankten Schweiſsdrüse in Berührung kommen. Nerven, welche aus gesundem oder doch annähernd unaffiziertem Gewebe kommen und sich in verschiedene Äste teilen, zeigen nur an denjenigen Zweigen eine Degeneration, welche sich zur infizierten Haut begeben, und

zwar am stärksten in ihr selbst. Hieraus ist ersichtlich, dafs die Nerven zuerst in der Haut erkranken.

Die Ergebnisse der Hautuntersuchung waren: a. die bei der Lepra anaesthetica erkrankende Haut zeigt analogen Bau und Beginn, wie die Anfangsstadien der tuberösen Lepra. b. Die kleinzellige Infiltration der Lederhaut tritt zu einer Zeit auf, wo die Nerven noch wohl erhalten sind. Demnach mufs bei der Lepra anaesthetica die Hauterkrankung ebenso selbständig sein, wie bei der Lepra tuberosa.

L. Hoffmann-Berlin.

Bemerkungen über Lepra mutilans in Südamerika von E. H. Hicks. (*Brit. med. Journ.*, Jan. 23. 1892.) Es wurden 2 Fälle von deformierender Lepra kurz beschrieben und namentlich auf die Ähnlichkeit mit Rheumarthritis während der fieberhaften Periode hingewiesen. In Bezug auf Ätiologie ergaben die Nachforschungen ein negatives Resultat. *Philippi-Nieheim.*

b. *Tuberkulose.*

Über Rückbildungsvorgänge an tuberkulösen Riesenzellen von Goldmann. *Centralbl. f. Path.* II. Band, No. 22.) Verf. untersuchte die Synovialis eines tuberkulösen Kniegelenks bei einem Pat., der mit Kochschem Tuberkulin behandelt war. Er fand an den Riesenzellen eigentümliche Veränderungen. An zahlreichen derselben war das Protoplasma nicht gleichmäfsig gefärbt, wies an einzelnen Stellen Verdichtungen auf, während sich an anderen förmliche Vakuolen zeigten. Die Kerne der Riesenzellen waren meist länglich gestreckt und waren blafsviolett (Biondische Lösung) gefärbt; aufserdem fanden sich in den Riesenzellen scharfgefärbt mononukleäre Leukocyten, teilweise lagen diese auch in Spalten, welche die Zelle durchzogen. Häufig war ihr Kontur erhalten, von einer hellen Zone umgeben, manchmal zerfiel der Kern in Kleeblattform, häufig lag der Kern frei in der Riesenzelle, oder der Kontur blieb erhalten, und statt des Kernes fand sich eine orangerote Scheibe. Die Anhäufung der Leukocyten fand sich an dem kernfreien Pole der Riesenzelle; wies diese bipolare Kernansammlung auf, so nehmen die Rundzellen eine mehr äquatoriale Lage ein, fast stets lagen sie in einer kernfreien Zone, manchmal fanden sie sich durch die ganze Zelle zerstreut. Bakteriologisch fanden sich ziemlich viel Bacillen, in jedem Schnitt einige.

Verf. deutet diesen Befund als regressiven Vorgang an den Riesenzellen. Dafür spricht die schwache Tinktionsfähigkeit ihrer Kerne, der vakuoläre Zerfall des Protoplasmas und die mannigfache Zerklüftung desselben. Er nimmt eine aktive Invasion der Leukocyten an, da sie an den kernfreien Stellen stattfindet, die nach Weigert bereits einer Partialnekrose verfallen sind; aber die Rundzellen zerfallen dann auch, ebenso wie die die abgestorbene Eizelle durchwachsenden Elemente, also nicht durch verdauenden Einfluſs derselben. Vielmehr nimmt Verf. an, dafs im Protoplasma der Riesenzellen chemische Veränderungen auftreten, die vielleicht eine Attraktion auf farblose Blutkörperchen ausüben; ihre Invasion ist dort ermöglicht, wo durch die Partialnekrose des Protoplasmas ihrer Immigration ein verminderter Widerstand entgegengesetzt wird. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Lupus der Nase und Schleimhäute nach fünfwöchentlicher Behandlung mit Kochschem Tuberkulin von H. Krause. (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 11.) Verf. demonstriert eine Pat. mit Lupus der Nase, des Zahnfleisches, der Zunge, des harten und weichen Gaumens. Unter chirurgischer Behandlung war es zum Verschluſs des einen Nasenlochs gekommen, das Os palatinum lag frei, und wo die lupösen Granulationen entfernt wurden, wucherten neue nach. Die Kochsche Behandlung, vorsichtig begonnen, wurde anfangs schlecht ertragen: hohes Fieber, Schwindelanfälle, Schlingbeschwerden. Die lokale Reaktion war charakteristisch und führte bedeutende

Besserung herbei: das Geschwür an der Zunge ist vernarbt, doch fühlt man noch Knoten in der Tiefe. Am Gaumen ist fast alles mit tiefeingesunkenen glatten Narben geheilt, auch an der Nase; am Zahnfleisch sind noch Geschwürsflächen vorhanden. K. will über den Fall weiter berichten. *F. Hahn-Bremen.*

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 28) stellte Sonnenburg eine Patientin mit ausgedehntem **Lupus der Brust, Schulter, beider Backen, des Halses und des linken Arms.** Dieser Fall ist durch die Kochschen Injektionen sehr günstig beeinflufst, fast geheilt, es sind aber immer noch Knötchen zu sehen; auch reagiert Pat. noch auf die Injektionen. Das Körpergewicht hat während der Behandlung zugenommen. In der Diskussion sprechen sich Bardeleben, Lindner, Körte, E. Hahn, J. Israel wegen der verschiedenen Wirkung der Injektionen im allgemeinen vorsichtig über dieselben aus und betonen die Notwendigkeit der chirurgischen Behandlung nebenher. *F. Hahn-Bremen.*

c. *Syphilis.*

Über die Wirkung des Quecksilbers bei der Syphilis; Vortrag von Celso Pellizzari. (*Riforma med.* Okt. 1891.) Nach der hier entwickelten Ansicht des Vortr. wirkt das Quecksilber nicht als Parasiticid und auch nicht in der Weise, dafs es die Gewebe gegen die Einwirkung des spezifischen Virus widerstandsfähiger macht, sondern es ist überhaupt nicht die Syphilis als Grundkrankheit, welche durch das Hg beeinflufst wird, sondern die Wirksamkeit desselben richtet sich, allerdings in spezifischer Weise, allein gegen die Produkte der Krankheit, die Infiltrate und Neoplasmen in den verschiedenen Stadien. P. sucht hierbei die Wirkung des Hg bei Lues in Analogie zu bringen mit derjenigen des Tuberkulins bei Lupus, das auch nicht den Bacillus Kochs tötet, sondern eine Auflösung und Resorption der krankhaften Bildungen bewirkt resp. begünstigt.

Gegen die parasiticide Wirksamkeit des Hg führt Vortragender folgende, zum Teile nicht gerade sehr stichhaltige Gründe an:

Die Hg-Dosen welche in den Körper eingeführt werden, würden nicht genügen, denselben vollständig zu desinfizieren.

Lokal angewendet, wirkt es nicht besser als jedes andere Agens.

Beim Primäraffekt appliziert vermag es sekundäre Erscheinungen nicht zu verhindern.

Die Schnelligkeit der Heilung müfste proportional sein zur Menge des eingeführten Hg.

Es vermag nicht zu schützen gegen Recidive.

Viele Fälle bleiben fast vollständig unbeeinflufst von einer merkuriellen Therapie.

Schwere Fälle heilen oft schneller ab als leichtere.

Ganz geringe Dosen und unvollständige Behandlung haben oft prompte und nachhaltige Wirkung.

Gestützt auf diese Argumentation ist P. gegen ein zu frühes Einsetzen der antiluetischen Therapie, gegen Administration grofser Dosen und gegen eine chronisch-intermittierende Behandlungsweise. *C. Müller-Basel.*

Syphilis der Trachea nebst Bericht von 2 Fällen, von J. Wright. (*New York med. Journ.* 1891. 18. Juni.) Bei beiden Fällen war erfolglos tracheotomiert worden. Im ersten Fall handelte es sich um eine 36jährige Frau, bei der die Diagnose auf Tracheal- und Lungentuberkulose lautete, da man unterhalb der Glottis das Luftröhren-Lumen infolge der ulzerierten Infiltration der Trachea obliteriert fand. Dazu Dyspnoe. Der zweite Fall zeigte 2 Zoll unterhalb des Larynx hochgradige Stenose und Infiltration

der ganzen Trachea. Verf. giebt ein genaues Bild der Trachealsyphilis, schildert die Differentialdiagnose und giebt die Therapie an, die erfolgreich (grofse Dosen KJ) ist wenn es sich um nichtulzeröse Prozesse handelt, im anderen Falle kann man höchstens Besserung erreichen. Stenosen sind zu katheterisieren, in hochgradigen Fällen zu tracheotomieren. Ein genaues Referat über das klinische Bild und die Anatomie zu geben, würde hier zu weit führen. *P. Taenzer-Bremen.*

Über die durch die Gummata syphilitica am Orte ihres Sitzes verursachten Störungen, von E. Ozenne. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 679.) Verf. bringt drei Fälle, in denen ein Gumma zu dauernden Veränderungen und Störungen Anlafs gab. In dem einen Fall safs dasselbe an der grofsen Schamlippe und war zuerst nicht richtig erkannt worden, so dafs es 8 Monate lang, trotz fleifsiger Anwendung von Jodoform, nicht vernarben wollte. Heilung erfolgte erst unter spezifischer Behandlung, die indessen eine allmählich entstandene Verhärtung und Vergröfserung der ganzen Schamlippe nicht zu beseitigen vermochte. — In den beiden anderen Fällen handelte es sich das eine Mal um ein periartikuläres Gumma und Hydarthrose des Ellbogengelenks, das andere Mal um eine gummöse perisynoviale Infiltration des rechten Knies, beide Male mit nachfolgender dauernder Atrophie der Muskulatur und Schwäche der betreffenden Extremität. — Verf. rät deshalb zur Vorsicht bei der Prognose derartiger Fälle. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Syphilis maligna praecox, von A. Brousse. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891. S. 658.) Zu den von Baudouin in seiner These von 1889 gesammelten 62 Fällen wird hier ein weiterer mitgeteilt, der einen 36jährigen Koch betraf, bei dem kaum 20 Tage nach Beginn der Initial-Sklerose eine Rupia syphilitica sich einstellte. Diese Rupia rezidivierte trotz nachhaltiger Behandlung innerhalb zweier Jahre fünfmal und gestaltete sich mit jedem Rückfall schlimmer, so dafs die Prognose des heruntergekommenen Patienten eine schlechte ist. — Mit einigen, nichts Neues enthaltenden Bemerkungen über die Natur der Syphilis maligna praecox schliefst die kleine Mitteilung. *Türkheim-Hamburg.*

Verschiedenes.

Hundert verschiedene „Du mufst nicht" bei der Syphilis, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Okt. 1891.) Nach dem Muster der für die gesellschaftlichen Etikettenfragen vor einigen Jahren beliebten Büchlein auf „don't" hat Verf. hundert gute Regeln, die bei syphilitischen Patienten zu beobachten sind, aufgeschrieben und veröffentlicht. Manche derselben bieten zwar selbst den etwas vorgeschrittenen Studierenden nichts Neues, indessen sind sie fast alle derart, dafs man kaum ungestraft dagegen verstofsen könnte, und viele könnten sehr wohl den Text zu einer ganzen klinischen Vorlesung abgeben. *Philippi-Nieheim.*

Über den Wert des Mikroskops bei der Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*The Microscope.* Juni 1891.) Verf. bespricht den Wert des Mikroskops nicht nur für den wissenschaftlichen Theoretiker sondern auch in der täglichen Praxis zum besseren Verständnis von Hautaffektionen. *Philippi-Nieheim.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 6. 15. März 1892.

Beiträge zur Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel und Ligamentum nuchae.

Von

Dr. Julius Heller
in Charlottenburg.

(Mit Tafel IV.)

Die Frage nach der Entstehung des elastischen Gewebes hat die Forschung schon seit langer Zeit beschäftigt. Henle vertritt 1841 in seiner „*Allgemeinen Anatomie*“ die Anschauung, die Kerne der Zellen des Bindegewebes sowohl wie des Netzknorpels hätten die Fähigkeit, zu elastischen Fasern auszuwachsen. Donders[1] suchte den Nachweis zu führen, dafs die Fortsätze der Zellmembran, die damals noch für einen integrierenden Bestandteil der Zelle gehalten wurde, zu elastischen Fasern sich umbilden könnten. Die Fortsätze der Zelle sollten auf Kosten der Zellsubstanz mehr und mehr wachsen, bis schliefslich die ganze Zelle in elastische Fasern aufgegangen sei. Das weitere Wachstum gehe dann von der Intercellularsubstanz durch Apposition aus. Diese Anschauung wurde unhaltbar, als der Nachweis geführt wurde, dafs die meisten tierischen und vor allem die für die Produktion elastischer Fasern in Betracht kommenden Zellen eine Membran nicht besitzen. An Stelle der Dondersschen trat eine neue Theorie, welche die Fasern durch Umsetzung oder Verhärtung der Intercellularsubstanz entstehen liefs. Als ihre Hauptvertreter sind H. Müller, Henle[2], Kölliker, Leydig, Frey, Rabl-Rückhard zu nennen. Während die meisten Untersuchungen den elastischen Fasern des Ligamentum nuchae galten, beschrieb Rabl-Rückhard zuerst (1863) die Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel des Ohres und Kehlkopfes. Auch er glaubte für diese Gewebe eine Entstehung der Fasern aus der Intercellularsubstanz annehmen zu müssen. Als Max Schulze die Bedeutung „der formativen Thätigkeit des Protoplasmas“ nachgewiesen hatte, suchte O. Hertwig (1873) dies

[1] *Zeitschr. f. wissensch. Zoologie.* Bd. III. u. IV.
[2] Henle änderte später seine ursprüngliche Ansicht.

Phänomen zur Erklärung der Histiogenese der elastischen Fasern heranzuziehen. Er liefs dieselben durch Umbildung der äufsersten Protoplasmaschicht der Zellen entstehen.

Während eine Reihe Autoren, wie Deutschmann, Gerlach, Schwalbe[3] sich bedingt oder unbedingt der Auffassung Hertwigs anschlossen, verstummte die Opposition gegen dieselbe nicht ganz. Von Brunns[4] suchte den Nachweis zu führen, dafs die elastischen Fasern, welche an dem Epiphysenknorpel nahe an der Verknöcherungsgrenze vorhanden sind, sich lediglich aus der Grundsubstanz entwickeln. Auch Kollmann[5] sprach sich gegen die Entstehung der elastischen Fasern aus Zellen aus, auf Grund von Untersuchungen, die er an Mollusken und myxomatösen Geschwülsten anstellte. In neuester Zeit scheint die Diskussion über die Genese der elastischen Fasern geruht zu haben. Es wurden — soweit mir bekannt — nur zwei hierher gehörige Arbeiten veröffentlicht. Sudakewitsch kam nach Untersuchung des embryonalen Ligamentum nuchae zu dem Resultate, dafs die elastischen Fasern durch Umbildung der Zellausläufer entstehen. Abweichend von dieser Auffassung sowohl wie von der der meisten Autoren hat Kuskoff[6] die Entwickelung der elastischen Fasern aus einer Formationsthätigkeit des Zellkerns erklärt, nachdem schon vorher Waldeyer diesen Entstehungsmodus als wahrscheinlich angenommen hatte. So hat denn die neueste Auffassung der Histiogenese der elastischen Fasern sich der ursprünglich von Henle vertretenen wieder genähert.

Im Jahre 1886 wurden von Unna (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886) und Lustgarten (*Wien. medicin. Jahrbücher* 1886) zwei neue Methoden zur isolierten Färbung der elastischen Fasern angegeben. Auf eine Anregung des Herrn Professor Dr. Rabl-Rückhard hin versuchte ich mit Benutzung jener neuen Färbungen, sowie der heute üblichen embryologischen Untersuchungsmethoden eine neue Darstellung der Histiogenese der elastischen Fasern zu geben. Die Resultate meiner Untersuchungen veröffentlichte ich in meiner 1887 erschienenen Inaugural-Dissertation. Seit dieser Zeit ist das Studium des elastischen Gewebes überhaupt durch Unna und seine Schüler wesentlich gefördert worden. Im Orcein wurde ein neuer Farbstoff zur elektiven Tinktion des elastischen Gewebes entdeckt. Da ich meine Untersuchungsresultate im wesentlichen der von mir angewandten Färbemethode verdankte, schien es wichtig, zur Kontrolle auch die neue Orceinfärbung zu versuchen. Die Prüfung hat eine

---

[3] Auf die Arbeiten der meisten citierten Autoren wird weiter unten eingegangen werden.

[4] *v. Brunns', du Bois' und Reicherts Archiv.* 1874.

[5] *Virchows Archiv.* Bd. 68.

[6] Kuskoff, Beiträge zur Kenntnis der Entwickelung des elastischen Gewebes. *Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. XXX.

Bestätigung der früheren Befunde ergeben. Diese meine früheren Untersuchungsergebnisse sind, da sie eben in einer Dissertation niedergelegt waren, wenig bekannt geworden. Meine Untersuchungsresultate erweitert und kontrolliert durch die Orceinfärbung noch einmal zusammenzustellen, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit.

I. Untersuchungsmethode.

Bevor ich an die Beschreibung der einzelnen Stadien in der Entwickelung der elastischen Fasern gehe, möchte ich kurz die Methoden, denen ich die wichtigsten Aufschlüsse verdanke, schildern.

Lustgarten hat, wie erwähnt, ein neues Färbungsverfahren für elastische Fasern beschrieben. Nach Härtung des Gewebsstückes in Flemmingscher Lösung,[7] sorgfältigem Auswaschen und Nachhärten in Alkohol kommen die ungefärbt gelblich-braun aussehenden Schnitte in eine konzentrierte alkoholische Viktoriablau-Lösung[8], welche im Verhältnis von 1 : 4 mit Wasser verdünnt ist. Nach genügender Färbung (24 Stunden) werden die Schnitte in der gewöhnlichen Weise mit Alkohol absolutus und Oleum bergamotti zur Konservierung in Canadabalsam vorbereitet. Es sollen nach dieser Methode Bindegewebe und Zellprotoplasma schwach grünlich, Kerne dunkelgrün und die elastischen Fasern blau-grün gefärbt werden. Ich fand bei der Untersuchung embryonaler Präparate die Farbe wohl in den Kernen und Kernkörperchen, nicht immer jedoch in den elastischen Fasern persistierend. Mit grofser Festigkeit dagegen haftet der Farbstoff bei Anwendung der Unnaschen Methode an und in den Fasern. Unna härtet die Gewebe mit Osmiumsäure (1%) und Alkohol. Die schwärzlich aussehenden Schnitte werden auf 24 Stunden in eine folgendermafsen zusammengesetzte Flüssigkeit gebracht:

	Dahlia (Jodviolett)	0,2
	Aqua destillata	
	Spiritus 95%	ää 10,0
M.	*Solve, adde:*	
	Acid. nitric.	2,0
	Aqua destill.	18,0
	Spiritus 95%	10,0

Bei Überfärbung werden die Schnitte mit Eisessig, sonst mit Essigwasser entfärbt. Ist die Osmiumsäure zu stark reduziert worden, so ist eine Reoxydation mit H_2O_2, Wasserstoffsuperoxyd, vorzunehmen.

---

[7] Die Flemmingsche Lösung besteht aus:

Osmiumsäure 1%	= 10 ccm
Chromsäure 1%	= 25 „
Essigsäure 2%	= 5 „
Aqua destillata	= 60 „

[8] Viktoriablau, hergestellt von der Badischen Anilin- und Sodafabrik.

Die elastischen Fasern treten bei Anwendung dieses Verfahrens als deutliche blaue Linien hervor, die Zellen jedoch sind nur schwer selbst in ihren Umrissen zu erkennen. Die zur Entfärbung nötige starke Essigsäure scheint eine durchaus unerwünschte quellende Wirkung auf die embryonalen Zellen auszuüben. Diese zarten Gebilde werden auch unzweifelhaft der Einwirkung eines so starken Oxydations- und Reduktionsmittels, wie das Wasserstoffsuperoxyd ist, in einer schwer berechenbaren Weise unterliegen. Die Anwendung des Reagens war aber unumgänglich notwendig, um die störenden Folgen (Braun- und Schwarzfärbungen aller Art) der starken Osmiumsäurewirkung zu paralysieren.

Durch Kombination der Unnaschen Methode mit der Lustgartenschen Methode werden beide Nachteile vermieden. Die Gewebsstücke wurden in Flemmingscher Mischung gehärtet, nach Unna tingiert und mit Alkohol absolutus entfärbt. Es ergaben sich so Bilder, welche ohne störende Nebenwirkung einzig und allein die elastischen Fasern als deutliche blaue Linien hervortreten liefsen. Um jedoch auch die Zellkerne möglichst distinkt zur Darstellung zu bringen, wandte ich ein vorzügliches Kernfärbungsmittel, das bekannte Alaun-Karmin[9] zur Doppelfärbung an.

Da es bei den vorliegenden Versuchen sich um die Beobachtung und Vergleichung verschiedener Stadien eines wachsenden Gewebes handelte, so mufsten die, die einzelnen Phasen der Entwickelung darstellenden, mikroskopischen Präparate Schnitte von möglichst geringem Dicken-Durchmesser sein. Dies ist umsomehr notwendig, wenn Doppelfärbungen, welche die Durchsichtigkeit eines Präparates stets erheblich beeinflussen, zur Anwendung kommen. Um eine möglichst grofse Feinheit und Gleichheit der Schnitte — auch diese ist für vergleichende Zwecke sehr wichtig — zu erreichen, wandte ich das Einbettungsverfahren an. Es sei gestattet, kurz die Grundzüge desselben anzugeben.

Kleine Gewebsstücke werden nach vorangehender Härtung (in Flemmingscher Mischung und Alkohol) auf 24 Stunden in Alaun-Karmin in toto gefärbt, nach sorgfältigem Ausspülen in Alkohol absolutus entwässert, mit Chloroform durchtränkt und auf $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden in eine flüssige Paraffinlösung von 56° Schmelzpunkt gebracht. Das Paraffin wird in dem Brütofen oder in der Warmröhre flüssig erhalten. Nach dem Erkalten werden die Gewebsstücke in einem Paraffinblock befestigt und können mit dem Schlittenmikrotom in beliebig feine Schnitte zerlegt werden. Gewöhnlich wurde eine Dicke von 0,03 mm gewählt. Aus den Schnitten wird das Paraffin mit Xylol entfernt und die Untersuchung in Canadabalsam vorgenommen. Um jedoch das Unnasche Färbungsverfahren zur Anwendung zu bringen, müssen die Paraffinschnitte denselben

[9] Alaun-Karmin: Alaun 5 g, Karmin 1 g, Wasser 100 ccm.

Prozefs noch einmal in umgekehrter Reihenfolge durchmachen. Aus dem Xylol kommen sie in Alkohol absolutus, aus diesem in Wasser, um schliefslich für 36 Stunden in Unnascher Lösung zu bleiben. Aus dieser werden sie in Wasser und Alkohol und zur Nachfärbung der Kerne in Alaun-Karmin gebracht (12 Stunden). Es folgt Entwässerung (Alkohol absolutus), Aufhellung (Xylol) und Einschlufs in Canadabalsam.

Dies allerdings sehr umständliche Verfahren liefert jedoch vorzüglich brauchbare Bilder. Deutlich treten die elastischen Fasern, bis in ihre feinsten Ausläufer blau gefärbt, hervor, während die Kernkörperchen rotviolett, die Kernsubstanz rot, sich klar von der ungefärbten Grundsubstanz abheben. Das Zellprotoplasma zeichnet sich durch sein stärkeres Lichtbrechungsvermögen vor der Intercellularsubstanz aus und zeigt bei Anwendung der Öl-Immersion eine ganz schwachrote Färbung.

Das ganze Verfahren würde wesentlich vereinfacht werden, wenn es möglich wäre, die Paraffinschnitte auf das Deckglas aufzukleben und so die einzelnen Manipulationen vorzunehmen. Die bisher üblichen Klebemittel (Guttapercha-Chloroform, Eiweifs-Glycerin), sowie der probeweise angewandte Kautschuk-Schwefelkohlenstoff widerstanden entweder den angewandten Reagentien nicht, oder hatten andere Nachteile, z. B. feine Gerinnungen im Gefolge, die ihre Anwendung unmöglich machten.

Auf der Bremer Naturforscherversammlung 1890 berichtete Unna[10] über eine neue von Taenzer angegebene Färbung der elastischen Fasern mit Säure-Orcein.

Er legte die Schnitte auf 12—24 Stunden in folgende Lösung:

Orcein	0,5
Aqua dest.	20,0
Spiritus	50,0
Acid. nitric.	gtt. XX.

Die Entfärbung wurde mit Alkohol vorgenommen. Bei gelungener Tinktion werden die Kerne, Kernkörperchen, protoplasmatische und kollagene Substanz schwach bräunlich, die elastischen Fasern dunkel rot-braun, die Hornsubstanz mehr leuchtend rot gefärbt. Später modifizierte Unna[11] seine Methode. Er wandte, da die Säure-Orceinlösung wenig haltbar ist, zwei Flüssigkeiten an:

I.		II.	
Orcein	0,1	*Acid. muriat.*	0,1
Spiritus 95 %	20,0	*Spiritus* 95 %	20,0
Aqua destillata	5,0	*Aqua destillata*	5,0.

Zu 10 Tropfen der Flüssigkeit I setzte er 5—14 Tropfen der Lösung II. Die genaue Quantität der Zusatzflüssigkeit II wurde rein empirisch

[10] Bericht in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI, S. 366.
[11] Unna, Notiz betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des elastischen Gewebes.

für jede Orceinlösung festgestellt. Die in Alkohol gehärteten Schnitte blieben in der ad hoc hergestellten sauren Orceinlösung 12—24 Stunden.

Die UNNA-TAENZERsche Färbung muſs entschieden als ein Fortschritt unserer Technik betrachtet werden. Bei einiger Übung liefert sie scharfe Bilder der elastischen Fasern. Vor allem gelingt die elektive Färbung, wenn man überfärbte Schnitte in der Lösung II (Salzsäure-Spiritus) so weit entfärbt, daſs das kollagene Gewebe nur ganz schwach gelblich tingiert bleibt. Es ist so möglich, auch das elastische Gewebe des elastischen Knorpels vorzüglich zu färben. Sobald man aber versucht Doppelfärbungen anzuwenden, um die elastischen Fasern für das Auge in einen gewissen Kontrast zu den übrigen Gewebselementen zu setzen, begegnet man Schwierigkeiten. Der Farbstoff haftet in den Zellen und Zellkernen zu stark, um bei einer Nachfärbung mit Alaun-Karmin verdrängt zu werden. Dazu kommt, daſs der Farbenton des Alaun-Karmin wenig sich von dem des Orcein abhebt. Anilinfarben tingierten so diffus, daſs die Bilder wenig deutlich wurden. Gute Resultate gab allein das Haematoxylin. Bei der Anwendung desselben ist jedoch die gröſste Vorsicht nötig, um trotz langen Auswässerns nicht Spuren der Säure im Schnitte zurückzubehalten, die die Haematoxylinfärbung sofort zerstören. Die gelungene Färbung giebt jedoch recht gute Bilder. Deutlich heben sich die „braunen" Fasern von den blauen Kernen ab. Immerhin ist die Alaun-Karmin-Dahliafärbung der Haematoxylin-Orceintinktion vorzuziehen. Die mit ersterer Methode hergestellten Bilder sind, da nur Fasern, Kerne und ganz schwach das Zellprotoplasma gefärbt, die Intercellularsubstanz ungefärbt ist, weit leichter differenzierbar. Die Präparate selbst sind, wenn mit Haematoxylin-Orcein gefärbt, nur wenig haltbar. Allmählich nimmt das Haematoxylin wohl unter Einwirkung minimaler Spuren der aus dem Präparat nicht zu entfernenden Salzsäure einen rötlichen dem Orcein gleichenden Farbenton an; die Doppelfärbung verliert damit ihre Wirksamkeit.

Wenn auch die ältere UNNAsche Methode der Färbung der elastischen Fasern für histiogenetische Untersuchungen den Vorzug vor der neueren verdient, so ist die Anwendung der letzteren zur Kontrolle der mit ersterer gewonnenen Resultate immerhin nicht wertlos.

Auſser den beiden beschriebenen Verfahren kamen noch die meisten der von den einzelnen Autoren beschriebenen Untersuchungsmethoden zur Anwendung, Ich werde über diese Nachuntersuchungen zu berichten haben. So weit es möglich war, wurden auch frische Präparate ungefärbt in Kochsalzlösung (0,6%) untersucht, um die an den gefärbten Objekten gewonnenen Befunde zu kontrollieren.[12]

---

[12] Zahlreiche Versuche haben übrigens dargethan, daſs Gewebsstücke, die in MÜLLERscher Flüssigkeit, Chromsäure, FLEMMINGscher Lösung gehärtet und in Spiritus aufbewahrt werden, nur ganz geringe Veränderungen und Schrumpfungen erleiden.

Zur Untersuchung wurden fast ausschliefslich Rinderembryonen benutzt, welche ich auf Veranlassung des Herrn Obertierarzt HERTWICH vom städtischen Central-Viehhof erhielt. Ich möchte nicht unterlassen, Herrn Dr. HERTWICH meinen Dank auszusprechen.

II. Die Entwickelung der elastischen Fasern im Netzknorpel des Ohres.

MAX SCHULZE und O. HERTWIG haben, wie DEUTSCHMANN[13] mitteilt, behauptet, dafs man beim Rindsembryo in den frühesten Stadien schon hyalinen und Netzknorpel neben einander fände. Jede Bindesubstanz entstehe gleich von vornherein beim Embryo als das, was sie später sei, also auch die elastischen Elemente des Netzknorpels. Soll mit diesen Ausführungen gesagt sein, dafs die Zellen, welche später einmal die Bildung des hyalinen und elastischen Knorpels zu bewirken haben, schon von Anfang an diese, gewissermafsen innere Fähigkeit besitzen, so gehört die Frage aufserhalb des Gebietes der Morphologie. Für die mikroskopische Betrachtung lassen sich in frühen embryonalen Stadien keine Unterschiede zwischen den Anlagen beider Knorpelarten erkennen. Der Ohrknorpel eines menschlichen Embryos aus der Mitte des 3. Schwangerschaftsmonats zeigt noch keine Spur irgend einer Faserentwickelung, ebensowenig wie ein gleiches Präparat von einem $2^1/_2$ cm langen Schweinsembryo. Schnitte, welche durch den Kehlkopf eines sehr jungen Rindsembryo so angelegt sind, dafs die hyaline Cartilago thyreoidea und der elastische Processus vocalis des Arytaenoidknorpels getroffen werden, lassen die völlige Übereinstimmung beider Gewebsanlagen erkennen.

Der Knorpel hat von seiner ersten Anlage bis zu seiner völligen Entwickelung eine Reihe Veränderungen durchzumachen. Wenn ich auch weit davon entfernt bin, die Histiogenese des Knorpels schildern zu wollen, so glaube ich doch eine Reihe von Beobachtungen hier anführen zu dürfen, welche die Entwickelung der Zellen des Ohrknorpels betreffen, und welche gerade für die Frage nach der Entstehung der elastischen Fasern vielleicht nicht ohne Bedeutung sind. Das Zellwachstum scheint bisher nicht die genügende Beachtung der Autoren gefunden zu haben, nur HERTWIG[14] erwähnt, dafs der Durchmesser einer reifen Knorpelzelle den einer embryonalen um das fünffache an Gröfse übertrifft. Die Resultate meiner Beobachtungen sind etwa folgende:

In frühen embryonalen Stadien ist der Kern im Verhältnis zur Zelle mächtig entwickelt. Das Protoplasma umgiebt wie ein schmaler Ring

---

[13] DEUTSCHMANN, Über die Entwicklung der elastischen Fasern im Netzknorpel. *du Bois' und Reicherts Archiv.* 1873.

[14] HERTWIG, Über die Entwickelung und den Bau des elastischen Gewebes. *Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. 9.

den Kern, in dem durch Essigsäurezusatz oder Färbung die Kernkörperchen deutlich sichtbar werden. Je älter der Foetus ist, desto gröfser wird der Durchmesser der Zelle. Er wächst von 0,003 mm bis zu 0,023 mm (beim Rinde). An der Vergröfserung der Zelle ist im wesentlichen das Protoplasma beteiligt, während der Kern seine ursprüngliche Gröfse nur wenig verändert. Er füllt schliefslich im Rindsohrknorpel nur den 6. bis 8. Teil der Zelle aus. Das Protoplasma selbst verliert im Laufe der Entwickelung seine Ringform und bekommt ein unregelmäfsiges sternförmiges oder auch spindelartiges Aussehen.

Entwickelung der elastischen Fasern.

Ich glaube vorstehende Angaben über das Wachstum der Knorpelzellen vorausschicken zu müssen, um bei der Darstellung der Entwickelung der elastischen Fasern auf jene Betrachtungen zurückgreifen zu können.

Die ersten Spuren elastischer Fasern fand Rabl-Rückhard[15] bei einem menschlichen Embryo aus dem fünften Schwangerschaftsmonat, O. Hertwig[16] bei einem anscheinend etwas jüngeren (18 cm) Foetus. Rindsembryonen müssen m. E. n. eine Gröfse von 30 cm, von der Schwanzwurzel bis zur Schnauze gerechnet, erreicht haben, bis von einer Entwickelung wirklich elastischer Fasern bei ihnen die Rede sein kann. In früheren Stadien finden sich weder bei Härtung und Färbung mit Osmiumsäure — sie tingiert die Fasern gelb — noch bei Untersuchung frischer Präparate deutliche Bildungen. Dagegen beobachtete ich, dafs bei Anwendung der oben beschriebenen Doppeltinktion zwischen den rötlich gefärbten Kernen des Ohrknorpels jüngerer Embryonen (25 cm) ein bläulicher Schimmer sichtbar blieb. Dafs es sich hier um die Ausscheidung elastischer Substanz handele, wofür jene elektive Färbung spricht, wage ich nicht zu behaupten. Die Hoffnung, vermittels der neuen Orceinfärbung die Bildung der elastischen Fasern schon in ihren allerersten Stadien verfolgen zu können, erwies sich als eine trügerische. Bei einem Embryo von 25 cm Länge konnte vermittels der Orceinfärbung noch keine Spur elastischen Gewebes nachgewiesen werden. Sowohl bei einfacher Orceintinktion wie auch bei Orcein-Haematoxylinfärbung sieht man nur die Knorpelzellen dicht gedrängt, in Reihen angeordnet von Perichondrium zu Perichondrium ziehen.

Deutlich entwickelte Fasern finden sich bei Embryonen von 32 cm Länge. Allerdings gelang es mir nur mit der Doppelfärbung, sie in ihrer ganzen Ausdehnung zur Anschauung zu bringen. Einfach mit Alaun-Karmin gefärbte, in Balsam konservierte dünne Schnitte lassen die feinen,

---

[15] Rabl-Rückhard, Über den Netzknorpel des Ohres. *du Bois' und Reicherts. Archiv.* 1863.

[16] l. c.

noch sehr wenig lichtbrechenden Fasern nicht erkennen. Dickere in Wasser untersuchte Schnitte zeigten hier und da zwischen den Zellen Fasern, deren Resistenz gegen verdünnte Kalilauge ihre elastische Natur nachweist.

Die mit Alaun-Karmin-Dahlia doppelt gefärbten Präparate zeigen folgendes Bild. Die Zellen liegen noch ziemlich dicht aneinander, obwohl der Raum zwischen ihnen sich früheren Stadien gegenüber vergrößert hat. Sie bilden, wenn auch nicht regelmäßige, so doch deutlich erkennbare von Perichondrium zu Perichondrium ziehende Reihen. Zwischen diesen Zellreihen, deutlich durch die Farbendifferenz unterscheidbar, liegen die elastischen Fasern. Sie erscheinen als feine blaue Linie, sind in der Mitte am stärksten, werden an den Enden dünner, schwanken in ihrer Stärke von unmeßbarer Feinheit bis zur Dicke von 0,001 mm. Verzweigungen, dichotomische Teilungen kommen vor, sind aber verhältnismäßig selten. An den Enden der Fasern, im Perichondrium, finden Anastomosen ähnliche Verbindungen nicht statt. Es erübrigt noch genau auf das Verhältnis der Fasern zu den Zellen einzugehen. Bei Anwendung der Öl-Immersion[17] sowie des ABBÉschen Beleuchtungsapparates erscheinen die Zellkerne als rote, mit dunkler gefärbten Kernkörperchen angefüllte bläschenähnliche Gebilde. Deutlich sichtbar sind sie von dem schwach rot gefärbten Protoplasmaring umgeben. Die „blauen" Fasern liegen meist in einiger Entfernung von dem Protoplasma. Nirgends ist ein Hineindrängen der Fasern in den Zellleib erkennbar. Oft ziehen die Fasern über die Zellen fort, oft liegen sie denselben dicht an und begleiten sie gewissermaßen, ihren Krümmungen folgend. (Conf. Die Mikrophotographie I.) Auch die von O. HERTWIG beschriebenen „Faserkörbe" kommen gelegentlich zur Anschauung. Es liegt an der Gabelung einer Faser eine Zelle. Aus der Gabelung entspringen kleinere Äste und ziehen deutlich wahrnehmbar so über die Zelle hin, daß sie gewissermaßen von ihnen getragen zu sein scheint.

So oft man auch ein Nebeneinanderliegen von Faser und Zelle beobachten kann, nie gelingt es, einen Übergang des einen in das andere Gewebselement zu verfolgen. Trotzdem würde ich es nicht wagen, die Genese der elastischen Fasern aus Zellprotoplasma oder Zellkernen im Ohrknorpel in Abrede zu stellen, wenn ich nicht bei Anwendung derselben Methode im Arytaenoidknorpel ein Hervorgehen der Fasern aus den Zellkernen hätte beobachten können. Die verschiedenen Resultate bei gleicher Methode sind sehr geeignet, einander in ihrer Richtigkeit und Bedeutung zu unterstützen. Es wird weiter unten ausführlich die Entwicklung des Arytaenoidknorpels geschildert werden.

Einen ferneren Beweis für die entwickelte Anschauung giebt die

[17] Die benutzte Öl-Immersion gehörte zu einem Mikroskop von LEITZ (Wetzlar). Gewöhnlich arbeitete ich mit einem Mikroskop von SEIBERT (Wetzlar).

Haematoxylin-Orceinfärbung. Die mit dieser Methode gewonnenen Bilder gleichen völlig der mit der Alaun-Karmin-Dahliatinktion hergestellten. Zu fällig war ich noch im Besitz der in Paraffin eingebetteten Gewebstücke, die bei Anfertigung der Dissertation (1887) benutzt waren. Die zum Vergleich herangezogenen Schnitte stammen also von demselben Präparat. Klar unterschieden sich die „blauen" Kerne von den dunkel-„braunen" Fasern. Besonders deutlich konnte an den peripherischen Enden des Ohrknorpels, an denen naturgemäfs die zuletzt entwickelten Knorpelteile sich befinden, die einzelne Faser in ihrem Verhältnis zum Zellprotoplasma und Zellkern verfolgt werden. Stets zog die braune Faser deutlich neben dem blauen Kern vorbei oder über ihn hinüber.

Noch weniger als die frühen embryonalen Stadien lassen die späteren die Überzeugung, dafs die elastischen Fasern aus Zellen entstehen, aufkommen. Dem beschriebenen Embryo gegenüber zeigt ein etwas älterer 36 cm lang) nur geringe Veränderungen. Diese werden erst im Stadium: 55 cm Länge deutlich. Die feinen zwischen den Zellen verlaufenden Fasern sind bedeutend stärker und länger geworden; sie senden eine grofse Menge von Ästen, die ihrerseits wieder Zweige abgeben, aus. Trotzdem kann man noch nicht sagen, dafs jede Zelle von einem Netze elastischer Fasern umsponnen ist. Über manche Zellkerne sieht man drei bis vier feine Faserchen hinlaufen. Zur Kontrolle wurden Zupfpräparate hergestellt, sowie den zufällig in den dünnen Schnitteu entstandenen Rissen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. An den Rifsenden ragen die Fasern aus dem umgebenden Gewebe frei hervor, oft eine Gabelung erkennen lassend. Auch in den Zupfpräparaten gelang es nicht, einen Zusammenhang zwischen Zelle und Faser zu erkennen. Dafs auch in älteren Stadien das Protoplasma der Zelle an der Faserbildung unbeteiligt ist, zeigen vorzüglich Präparate, die nach der Methode MARTINOTTIS[18] angefertigt sind. Der Ohrknorpel eines 85 cm langen Embryos wurde in (0,2%) Chromsäure und Alkohol gehärtet. Die in der üblichen Weise nach Paraffineinbettung hergestellten Schnitte werden auf 48 Stunden in eine Lösung von Saffranin in Alkohol und Wasser gebracht (Saffranin 5, Alkohol 100, Wasser 200), und schliefslich in Balsam untersucht. Deutlich heben sich die schwarz-violetten elastischen Fasern von der ungefärbten Grundsubstanz ab. In dieser liegen die roten Kerne mit ihren dunkelroten Körperchen, von dem schwach rot gefärbten Protoplasma umgeben. Die einzelnen Farbennüancen sind weit leichter zu erkennen als zu beschreiben. Bevor ich die Weiterentwickelung des Fasernetzes im Ohre des Kalbes und Rindes schildere, möchte ich auf die Anordnung der Fasern eingehen, die im embryonalen Netzknorpel besonders deutlich zur

[18] MARTINOTTI, Un metodo simplice per la colorazione delle fibre elastiche. *Zeitschr. f. wissensch. Mikr.* 1887.

Erscheinung kommt. Die Fasern liegen nämlich alle in Ebenen, welche man sich senkrecht zur Längslinie des Ohres gelegt denken muſs. Daher zeigen Schnitte, welche parallel der Längsrichtung durch die Knorpelplatte gelegt werden, keine Fasern, sondern nur Querschnitte derselben. Es erscheinen nämlich zwischen den Zellen feine, stark lichtbrechende Körnchen, welche wie Fetteinlagerungen in der Grundsubstanz aussehen. Da aber nach der vorangehenden Behandlung das Vorhandensein von Fett auszuschlieſsen ist, kann es sich nur um elastische Elemente handeln. In der That giebt die Doppelfärbung dafür den Beweis.

Es treten nicht nur einzelne blaue Pünktchen zwischen den roten Zellkernen zerstreut auf, sondern blaue Kreislinien umgeben stets Komplexe von 3—7 Zellen. Diese Kreislinien bestehen aus dicht neben einander liegenden Punkten, welche als Faserquerschnitt aufzufassen sind. In vorgerückteren embryonalen Stadien werden die Querschnitte dicker und bedürfen, da auch ihr Lichtbrechungsvermögen zunimmt, keiner besonderen Färbung mehr. Es scheint mir diese Anordnung um so wichtiger, als sie im Arythaenoidknorpel nicht vorhanden ist und so einen neuen Beweis für die Notwendigkeit der histiologischen und histiogenetischen Trennung des Ohr- und Arytaenoidknorpels bildet.

Im Kalbsohr erhält sich die Anordnung vollständig, nur liegt der Faserquerschnitts-Ring stets um eine einzige Zelle, in der jetzt oft mehrere Kerne wahrnehmbar sind. Die Kerne selbst zeigen sich auf Querschnitten des Knorpels als rundliche, von einer breiten Protoplasmamasse umgebene Gebilde. Von den Zellen grenzt sich deutlich ein hyaliner Hof ab. Um diesen liegt ein Ring von körnig elastischer Substanz. Erst aufserhalb desselben beginnen die Fasern vielfach verzweigt und unter einander verbunden, von Perichondrium zu Perichondrium zu ziehen. Da dies ihre einzige Richtung, wie gezeigt ist, kann jene körnige Schicht nicht als ein Komplex von Faserquerschnitten aufgefafst werden, wie dies im Arytaenoidknorpel ohne weiteres nötig wäre, sondern muſs als die erste Ablagerung elastischer Substanz imponieren. Ist diese Auffassung richtig, so ist damit gezeigt, daſs die chondrogene Intercellularsubstanz die Fähigkeit besitzt, elastische Substanz zu erzeugen.

Ihre höchste Entwicklung erreichen die elastischen Fasern im Ohrknorpel des Rindes. Sie erreichen eine Dicke von 0,004 mm, zeigen an ihren Teilungsstellen knorrige Anschwellungen, verästeln sich nach allen Seiten und gehen Verbindungen mit benachbarten Fasern ein. Oft vereinigen und kreuzen sich so viel Fasern, daſs eine Entwirrung dieses Faserknäuls unmöglich erscheint.

Auf keiner Stufe der Entwicklung der elastischen Fasern konnte ein deutlicher genetischer Zusammenhang derselben mit den Zellen nachgewiesen werden.

Dieser objektive Befund macht es unmöglich, ein Auswachsen der Zelle zu elastischen Fasern anzunehmen. Es bleibt noch die Frage zu erwägen übrig, ob nicht etwa die Zelle die elastische Substanz ausscheide und diese sich zur Faser formiere.

Wäre dies der Fall, so müfste das etwa in der Art geschehen, dafs „blaue" elastische Partikel unmittelbar in oder neben dem „roten" Zellprotoplasma oder Zellkern sichtbar würden, was jedoch nie beobachtet wurde. Eine plötzlich eintretende Ausscheidung einer ganzen Faser aus einer Zelle darf wohl unmöglich angenommen werden.

Nach Ausschliefsung der Zellen, kann nur die Intercellularsubstanz als Bildungselement der elastischen Fasern aufgefafst werden. Die erste Faserentwickelung tritt erst dann auf, wenn die Intercellularsubstanz sich wenigstens bis zu einem geringen Grade entwickelt hat. Über die Entstehung derselben giebt es zwei Theorien[19]; die eine sieht in ihr eine von aufsen (durch die Blut- oder Lymphgefäfse) eingeführte, zwischen die Knorpelzellen abgelagerte Materie, die andere betrachtet sie als Zellprodukt. Durch geeignete Reagentien kann man die ganze Zwischensubstanz in konzentrisch um die einzelnen Zellen gelegenen Ringterritorien zerlegen, welche man sich als Produkt der Zellenthätigkeit vorzustellen hat. Während eine Reihe Autoren diese „Kapselgenerationen" als Neubildungen der Knorpelzellen auffafst, sehen Max Schulze, Brücke und Heidenhain modifizierte Oberflächenschichten des Zellprotoplasmas in ihnen. Diese heut meist acceptierte Anschauung setzt die chondrogene Intercellularsubstanz in, ich möchte sagen, innigere Beziehung zur lebensthätigen Zelle. Die chondrogene Intercellularsubstanz ist eben kein totes Verbindungsmittel der Zellen, sie besitzt chemische, physikalische und vor allem biologische Eigenschaften. Dafür sprechen gewisse Reaktionen, — ich erinnere nur an die gelbe Tinktion, welche Saffraninbehandlung hervorruft —, dafür spricht die besonders im jungen Knorpel reichlich vorhandene Gefäfsentwickelung, dafür sprechen die Hertwigschen Porenkanäle[20] und gewisse Absterbevorgänge, die sich im alten Knorpel zeigen. Die Intercellularsubstanz des hyalinen und des elastischen Knorpels unterliegt nämlich einem eigentümlichen Erweichungsprozefs. Nach Ludwig Meyer[21] sind drei Stadien desselben, hyaline Umwandlung, fibrillärer Zerfall, Verflüssigung mit Höhlenbildung zu unterscheiden. Die Intercellularsubstanz bekommt durch einen gelblich-bräunlichen Niederschlag, der, wie Salzsäurezusatz beweist, kein Kalk ist, ein gelbliches Aussehen. Die elastische Substanz geht — auch ein Beweis für den Zusammenhang beider

---

[19] Stricker, *Handbuch der Gewebelehre.* 1872.

[20] Hertwig l. c.

[21] Die pathologischen Gewebsveränderungen des Ohrknorpels u. s. w. *Virchows Archiv.* Bd. 33. S. 457.

Gewebselemente — verloren. Nur abwechselnd finden sich Züge elastischer und hyaliner Substanz. Im weiteren Verlauf des Prozesses verfällt die Intercellularsubstanz in Fibrillen, die parallel neben einander laufen, oft aber auch von einem Mittelpunkt strahlenförmig ausgehen. (Ich sah diesen fibrillären Zerfall besonders deutlich im Thyreoidknorpel nach Goldbehandlung.)

Alle die angeführten Momente berechtigen wohl zu der Auffassuug, dafs die Intercellularsubstanz „Lebenseigenschaften" besitzt. Nur so ist es möglich, die formative Thätigkeit der Intercellularsubstanz zu verstehen. Ein Produkt dieser Thätigkeit sind eben die elastischen Fasern.

Gleicher Ansicht über die Entstehung der elastischen Fasern sind Rabl-Rückhard[22] und Rathke[23]. Die Entwicklung der Fasern aus dem Zellprotoplasma vertritt O. Hertwig. Er glaubt aus dem innigen Anliegen der Zellleiber an den Fasern ein Hervorgehen dieser aus jenen annehmen zu müssen. Nun aber kann man aus dem Nebeneinander zweier Dinge noch nicht einen Kausalzusammenhang zwischen ihnen konstruieren. Trotzdem Hertwig in so überaus sorgfältiger Weise Untersuchungen über das elastische Gewebe nach den verschiedensten Richtungen anstellte, giebt er den erwähnten als den einzigen Grund seiner Anschauung an. Wenn die Fasern aus dem Protoplasma entstehen, so mufs dies etwa in der Weise vor sich gehen, die Deutschmann[24] für die elastischen Fasern des Arytaenoidknorpels beschrieben hat. Auf die Thätigkeit der Zellkerne führt Kuskoff[25] die Entwicklung der Fasern zurück. Doch giebt er selbst an, dafs er keine recht demonstrable Bilder vom Ohrknorpel erhalten habe. Es bleibt dies um so auffälliger, als er gute Bilder nach seiner Methode für das Ligamentum nuchae erhielt. Was eben nicht vorhanden ist, wird sich auch schwer gut demonstrieren lassen.

III. Die Entwicklung der elastischen Fasern im Arytaenoidknorpel.

Die Entwicklung der elastischen Fasern geht in den einzelnen Netzknorpeln des Kehlkopfes, zu denen auch die Epiglottis gehört, in gleicher Weise vor sich. Für die Untersuchung ist der Arytaenoidknorpel ein sehr brauchbares Objekt, weil er selbst beim ausgewachsenen Rind teilweis aus elastischen und teilweis aus hyalinen Knorpeln besteht, an der Grenze also den Übergang des einen in den andern beobachten läfst. Ursprünglich ist der ganze Knorpel hyalin angelegt. Die Zellen machen eine ähnliche Entwicklung durch, wie dies für die des Ohrknorpels

---

[22] l. c.
[23] Nach Angaben von Rathke in Strickers *Handbuch der Gewebelehre.*
[24] *du Bois' und Reicherts Archiv.* 1873.
[25] l. c.

beschrieben ist. Als unterscheidend möchte ich hervorheben, dafs nur in den frühesten Stadien (15 cm Länge) die Knorpelzellen rund sind, während schon bei 30 cm langen Embryonen die Kerne (und damit auch die ganzen Zellen) eine mehr längliche Gestalt annehmen, die sie allerdings im völlig entwickelten Gewebe nicht mehr besitzen. Auch vermittels der Orceinfärbung gelang es nicht, in früheren Stadien elastische Fasern im Arytaenoidknorpel nachzuweisen.

Die elastischen Fasern treten später auf als im Ohrknorpel. Embryonen von 35 cm Länge besitzen noch keine Spur derselben, erst solche von 55 cm Länge zeigen ein allerdings schon ziemlich entwickeltes Fasernetz. In Schnitten, die mit Alaun-Karmin gefärbt sind, treten die spindelförmigen Kerne von einem schmalen, ungefärbten Protoplasmamantel umgeben blaurot hervor. Aus den spitzen Fortsätzen der Zellkerne sieht man häufig lange, durch starkes Lichtbrechungsvermögen ausgezeichnete Fasern hervorgehen. Aufserdem finden sich zahlreiche, glänzenden Körnchen gleichende Faserquerschnitte in der Intercellularsubstanz. Diese treten zuweilen so dicht an die Kerne heran, dafs die Anschauung berechtigt erscheint, in ihnen Querschnitte von Fasern zu sehen, welche unmittelbar, nachdem sie aus dem Kerne hervorgegangen, beim Verlassen der Schnittebene durchschnitten wurden. Dafs es sich wirklich um elastische Substanz handelt, zeigt die Anwendung der Doppelfärbung. Die roten, spitz zulaufenden Kerne gehen oft in ungemein lange blaue, d. h. elastische Ausläufer über. Diese sind nichts anderes als elastische Fasern. Bei Benutzung der Öl-Immersion sieht man deutlich beide Farben ineinander übergehen. Aus jedem Kern gehen gewöhnlich nur zwei Fasern hervor. Dies auffällige Phänomen erklärt sich vielleicht dadurch, dafs nur zwei Fasern in einer Ebene liegen. Es können dann nur diese in ihrer ganzen Ausdehnung, alle übrigen nur im Querschnitt zur Anschauung kommen. (Conf. die Mikrophotographie II.) Nicht alle Kerne haben jedoch elastische Faserfortsätze, ebenso wenig wie alle Fasern sich auf Kerne zurückführen lassen. Ob die vielen Fasern, die ohne mit Kernen in Verbindung zu stehen, durch den Knorpel ziehen, aus andern Ebenen als der Schnittebene stammen oder durch die Intercellularsubstanz gebildet sind, ist meiner Ansicht nach zu entscheiden unmöglich. A priori ist eine solche Entstehung durchaus nicht in Abrede zn stellen. Bewiesen erscheint nur ein Zusammenhang der Kerne mit den Fasern, der besonders deutlich an den Rifsenden dünner Schnitte sowie an Zupfpräparaten ist. Bewiesen wird ferner der Zusammenhang der elastischen Fasern mit den Zellen, beziehungsweise Zellkernen durch die Orceinfärbung. Deutlich kann man die von den „braunen" Kernen ausgehenden intensiv gefärbten, sich im Präparat verlierenden Fasern verfolgen. Bei Anwendung der Doppelfärbung zeigt sich ein Übergang der blauen Kernfärbung in die

dunkelbraune Faserfärbung. Einen scharfen Gegensatz zwischen Kern- und Faserfärbung herzustellen, wie im Ohrknorpel, gelingt nicht. Vielleicht hält die bereits im Kern vorhandene, durch das Orcein gefärbte, elastische Substanz den Farbstoff so fest, dafs eine Entfärbung nur unvollkommen gelingt. Man kann wohl auch hierin einen Beweis für die von mir vertretene Anschauung von der Entstehung der elastischen Fasern aus den Kernen des Arytaenoidknorpels erblicken.

Freilich wäre es sehr gewagt, zu behaupten, dafs an der Produktion der elastischen Fasern das Protoplasma unbeteiligt sei. Die Faser geht, nachdem sie ihren sichtbaren Ursprung vom Kernfortsatz genommen hat, durch den Protoplasmamantel des Kernes. Was das Protoplasma zur Faserentwicklung beiträgt, entzieht sich der Beobachtung, Ich glaube nur eine Mitbeteiligung des Kernes annehmen zu dürfen. Dafür scheint mir noch eine andere Beobachtung zu sprechen. Nur die embryonalen Kerne besitzen jene eigentümlich spindelförmige Gestalt; im Knorpel des Rindes sind sie von rundlicher, Bläschen ähnlicher Form. Unwillkürlich wird man so zur Annahme gedrängt, dafs die spindelförmigen Kerne in die elastischen Fasern aufgegangen oder zu elastischen Fasern ausgewachsen sind.

Aufser den objektiven Befunden macht es die Auffassung, welche die heutige Wissenschaft von der Bedeutung des Kernes hat, wahrscheinlich, dafs er bei einer für die Zelle und den ganzen Organismus so wichtigen Funktion, wie dies die Produktion elastischer Fasern ist, nicht unbeteiligt sein kann. Noch 1872 stellte es Stricker *(Handbuch der Gewebelehre)* als zweifelhaft hin, ob der Kern ein notwendiger Bestandteil der Zelle sei. Die Beobachtungen von Flemming und Strassburger haben die Bedeutung des Zellkerns für die wichtigste produktive Thätigkeit der Zelle, für ihre Vermehrung, gezeigt. Waldeyer vertritt heut die Anschauung, dafs eine direkte Zellteilung, d. h. eine Teilung der Zelle, ohne Kernteilung, überhaupt kaum vorkommt. Die Pathologie lehrt, dafs erst in dem Augenblick, wo der fettige Entartungsprozefs den Kern ergriffen hat, das Gebilde den Namen und Begriff „Zelle" verliert. An das Bestehen des Kernes ist also das Bestehen der Zelle gebunden! Über die chemische Natur des Kernes hat eine Reihe von Reaktionen unsere Kenntnis vermehrt, — es sei nur an seine grofse Reduktionsfähigkeit und seine eigentümliche Verwandtschaft zu den basischen Anilinfarbstoffen erinnert. Alle diese Thatsachen machen es schon von vornherein wahrscheinlich, dafs der Kern bei der Gesamtproduktion der Zelle nicht unbeteiligt ist.

Die einzelnen Stadien der Faserentwicklung im embryonalen Arytaenoidknorpel unterscheiden sich nur quantitativ von einander. Je älter jedoch das Gewebe wird, desto schwerer ist es, die Entstehungsweise der Fasern zu erkennen. Beim Kalbe bilden die Fasern dichte, um die jetzt

völlig ausgebildeten Zellen liegende, filzartige Rahmen. Die Fasern zeichnen sich weniger durch ihre absolute Dicke, als durch ihre Zahl und mannigfache Verflechtung aus.

Die Entstehung der Fasern aus den Zellkernen ist in späteren embryonalen Stadien sowohl wie im Arytaenoidknorpel des Kalbes und Rindes nicht mehr wahrzunehmen. Da aber der elastische Teil des Arytaenoidknorpels fortwährend und zwar auf Kosten des hyalinen wächst, so mufs eine Neuentwicklung elastischer Fasern stattfinden. An sich ist es möglich, dafs diese Entwicklung ganz anders vor sich geht, als in der foetalen Periode, denn wie Brücke[26] hervorhebt, ist es ein Irrtum, anzunehmen, dafs die Gewebe genau in der Weise sich weiter entwickeln, in der sie in frühen embryonalen Stadien angelegt wurden. Es braucht nur zum Beweis des Gesagten auf die Osteogenese hingewiesen werden.

Leo Gerlach[27] und Deutschmann[28] haben die Übergangsschichten des elastischen in den hyalinen Knorpel der Cartilago arytaenoidea des Rindes zur Untersuchung benutzt. Gerlach kam zu dem Resultat, dafs die Fasern aus dem Zellprotoplasma hervorgehen. Er behandelt frische Schnitte mit einer Lösung von Chlorgoldkalium (1 : 10000 H_2O). Nach zwölfstündiger Einwirkung des Reagens wurden die Präparate 2—3 Tage der Einwirkung des Lichtes ausgesetzt. Es haben dann die Kerne und das Zellprotoplasma einen rötlichvioletten Farbenton angenommen, während die „Abscheidungen" elastischer Substanz grünlich gefärbt sind. Diese Abscheidungen nehmen zuerst einen kleinen Teil des Protoplasmas ein, wachsen und bilden schliefslich elastische Fasern. Wandelt sich eine Zelle völlig in elastische Substanz um, so gehen von ihr nach allen Seiten grün gefärbte elastische Fasern aus. Es entstehen so Gebilde, die Gerlach als „Faserkugeln" beschreibt. Bei Nachuntersuchungen erhielt ich Bilder, die den von Gerlach beschriebenen und gezeichneten ähnlich waren. Auffällig war es, dafs die „Doppelreaktion" auch an Stellen des Präparates auftrat, wo von einer Faserentwicklung noch gar nicht die Rede sein konnte. Zur Entscheidung der Frage behandelte ich in derselben Weise Schnitte aus der Cartilago thyreoidea und fand auch hier ähnliche, doppelt gefärbte Bildungen. Da hier von einer Abscheidung elastischer Substanz nicht die Rede sein kann, scheint es mir zweifelhaft, ob die Gerlachsche Reaktion spezifisch ist. Mindestens kann man auf dieselbe keine sicheren Schlüsse begründen.

Auch nach Deutschmanns[29] Untersuchungen gehen die elastischen Fasern aus dem Zellprotoplasma hervor. Er sah Zellen, deren körnige

---

[26] Vorlesungen über Physiologie. 1875.
[27] *Morphologisches Jahrbuch.* 1878.
[28] *du Bois' und Reicherts Archiv.* 1873.
[29] l. c.

Kontur wenig oder viel sich in die umgebende hyaline Substanz hineinerstreckte. Diese körnigen Konturen gehen allmählich in elastische Fasern über, die im Anfang ihrer Entwicklung nur aus feinen Körnchen oder Streifchen bestehen. Der Umwandlungsprozefs der Knorpelzelle in elastische Substanz beginnt an der Knorpelkapsel. Die Resistenz gegen Kalilauge beweist die elastische Natur der in Betracht kommenden Elemente. Die von DEUTSCHMANN beschriebenen Bildungen habe auch ich gesehen, nur glaube ich aus ihnen nicht die gleichen Schlüsse ziehen zu müssen. Die der Kalilauge Widerstand leistenden Körnchen innerhalb der Zellen können sehr wohl Fett sein; RABL-RÜCKHARD[30] weist darauf hin, wie schwer selbst mit Äther das Fett aus dem Arytaenoidknorpel zu entfernen ist. Die Körnchen und Striche, die neben einander liegend die erste Anlage der Faser sein und später durch ihre Verschmelzung diese selbst zusammensetzen sollen, können zumal bei der beschriebenen Anordnung der Fasern, Quer- oder Schrägschnitte von elastischen Fasern darstellen, die in ihrer Längsrichtung anderen Ebenen angehören. DEUTSCHMANN wandte zur Färbung Essig-Karmin an, welches die ersten Anlagen der Fasern sowie die völlig entwickelten Stadien nicht, wohl aber die Mittelformen färben soll. Ich kann diese Angaben nicht bestätigen, da ich mit Essig-Karmin[31] trefflich gelungene, völlig gleichmäfsige Färbungen der dünnsten sowohl wie der stärksten elastischen Fasern des Rinderknorpels erhalten habe. Das Essig-Karmin ist m. E. n. als elektives Färbemittel für elastische Fasern nicht verwendbar, weil es eigentlich alle Gewebselemente, wenn auch mit verschiedener Intensität, färbt.

Meine eigenen Versuche, einen deutlichen Zusammenhang zwischen Zellen und Fasern im Arytaenoidknorpel des Kalbes und Rindes nachzuweisen, sind, trotzdem eine Reihe verschiedener Methoden zur Anwendung kamen, resultatlos geblieben. Würden die Fasern ähnlich wie in den frühen embryonalen Stadien sich entwickeln, so müfsten in der bestimmten Höhe des Arytaenoidknorpels, in welcher der Übergang des elastischen in den hyalinen Knorpel stattfindet, die Zellen den Produktionsprozefs beginnen. Je weiter nach oben der Schnitt gelegt würde, desto älter und damit um so dicker und dichter müfste das Fasernetz sein. Nun aber findet ein derartiger Vorgang gar nicht statt. Das Wachstum geht ganz unregelmäfsig vor sich, mitten in dem völlig entwickelten Netzknorpel liegen Inseln hyalinen Knorpels. So vieldeutig dies Verhalten auch ist, so steht es mit der folgenden Auffassung am besten in Einklang: Die elastischen Fasern entstehen im embryonalen Arytaenoidknorpel aus den Zellen durch die Thätigkeit des Kernes und

[30] l. c.

[31] Essig-Karmin, nach FRITSCH, bezogen von G. König, Berlin, Dorotheenstr. 30.

des Protoplasmas. Diese Bildungszellen gehen in die elastischen Fasern auf. In einem bestimmten Alter des Embryo, das noch festzustellen ist, jedenfalls aber der Reifezeit nahe liegt, hört dieser Prozefs auf. Die weitere Entwicklung des Netzknorpels geht durch das Dicken- und Längenwachstum sowie durch die Verzweigungsfähigkeit der einmal angelegten elastischen Fasern vor sich.

IV. Die Entwicklung der elastischen Fasern im Ligamentum nuchae.

Die Entwicklung der elastischen Fasern im Ligamentum nuchae geht ähnlich vor sich wie im Arytaenoidknorpel. Schon in frühern Perioden (15 cm Länge) finden sich elastische Fasern. Sie entstehen aus den im embryonalen Leben deutlich entwickelten Kernen des Ligamentum. Wiederum mufs es unentschieden bleiben, ob auch das in seiner Menge sehr hinter dem Kern zurücktretende Zellprotoplasma an der Bildung beteiligt ist. Mit der Entwicklung des Foetus verschwindet das Protoplasma mehr und mehr, die Kerne werden immer länger und spitzer und gehen schliefslich ganz in die elastischen Fasern auf. Beim Kalbe und Rinde sind platte, dünne Kerne nur noch mit Mühe zu finden. Das Verschwinden der Kerne mit dem Wachstum der elastischen Fasern spricht für eine Entwicklung dieser aus jenen. Die einzelnen Stadien in der Histiogenese der elastischen Fasern des Ligamentum nuchae sind in meiner Dissertation näher beschrieben.

V. Das Wachstum der elastischen Fasern.

Schwalbe giebt an, dafs die Stärke einer elastischen Faser bei einem 36 cm langen Embryo 1 μ, beim Kalbe 3—4 μ, beim Rinde 7 μ betrage. Aufserdem findet ein ähnliches Wachstum in der Längsrichtung und ein Wachstum durch Verzweigung und Anastomosenbildung statt. Diese Vorgänge sind ebenso auffällig wie schwer erklärbar. Die Zelle hat im allgemeinen im embryonalen Organismus dieselbe Gröfse wie im völlig entwickelten. Wächst ein Gewebe, so geschieht dies durch Teilung der Zellen und erneute Abscheidung von Intercellularsubstanz. Beide Möglichkeiten fallen für das Wachstum der elastischen Faser fort. Man hat nun geglaubt, die elastische Faser wachse derartig, dafs sie sich allmählich durch Verschmelzung von irgendwie ausgeschiedenen elastischen Körnchen bilde. Dafs eine solche Ausscheidung vorkommt, habe ich oben angeführt. Trotzdem kann sie m. E. n. nicht zur Erklärung des Wachstums herangezogen werden. So früh man auch in der embryonalen Entwicklung der Faser zurückgeht, immer kommt man zu dem Resultat, dafs die elastische Substanz nicht in Körnchen, sondern in Fasern ausgeschieden wird. Darüber sind alle Beobachter, die die embryonale Faserentwicklung untersucht haben, einig. Um die Theorie der Entstehung der Fasern

aus einzelnen Körnchen zu stützen, hat man eine eigentümliche Erscheinung herangezogen. Behandelt man Fasern des Ligamentum nuchae mit Mineralsäuren oder Kalilauge, so kann man einen Zerfall in Querscheiben an ihnen wahrnehmen[32]. „Dieser Zerfall jedoch beruht nicht auf der Lösung einer die elastischen Moleküle verbindenden Zwischensubstanz, sondern auf beginnender Zersetzung der elastischen Substanz, welche natürlich an einer Stelle, wo weniger elastische Substanz abgelagert ist, schneller vor sich gehen mufs." SCHWALBE[33] hat, um diesen Satz aussprechen zu können, den Nachweis geliefert, dafs die elastischen Elemente in der Faser ungleichmäfsig verteilt sind.

Ebensowenig wie eine Entstehung der einzelnen Faser aus Körnchen angenommen werden kann, darf ihr Wachstum durch Verschmelzung von Fibrillen erklärt werden. Nach SCHWALBE ist es auf keine Weise möglich, die Fasern in Längsfibrillen zu zerlegen, was der Fall sein müfste, wenn sie auf irgend einer Stufe ihrer Entwicklung auf die erwähnte Weise sich zusammensetzten.

So bleibt denn nur übrig, offen zu bekennen, dafs über den eigentlichen Wachstumsvorgang der elastischen Fasern nichts bekannt ist.

Wenn auch die Frage nach der Art des Wachstums der einmal angelegten elastischen Faser noch der Beantwortung harrt, so hat sich doch für diese erste Anlage selbst ein positives Resultat ergeben. Sowohl die Intercellularsubstanz (Ohrknorpel) als auch die Zellbestandteile, Kern und Protoplasma (Kehlkopfknorpel) besitzen die Fähigkeit elastische Fasern zu produzieren. Freilich erscheint es befremdend, dafs die Entwicklung ein und desselben Gewebselementes auf so durchaus verschiedene Weise vor sich geht. Die Frage nach dem „Warum" hat die morphologische Wissenschaft erst in zweiter Linie zu beschäftigen. Die erste Aufgabe mufs eine vorurteilslose Betrachtung der Dinge, so wie sie sich darstellen, sein. Die moderne Naturwissenschaft hat nachgewiesen, mit wie mannigfachen Mitteln die Natur — wenn man so sagen darf — ihre Zwecke erreicht. Die natürliche Schöpfungsgeschichte ist ein Beweis dafür. Das Zurückführen eines Vorganges auf ein Schema hat schon oft zu Irrtümern geführt.

Es sei mir noch gestattet die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit in wenige Sätze zusammenzufassen.

1. Der Netzknorpel des Ohres und der Netzkorpel des Kehlkopfes sind histologisch und histiogenetisch von einander zu trennen.
2. Die elastische Substanz wird in den frühesten embryonalen Stadien in Faser-, in späten extrauterinen Perioden (Kalb) in Körnchenform ausgeschieden.

[32] Mir erscheint Salpetersäure besonders geeignet zu sein.
[33] l. c.

3. Die elastischen Fasern entstehen auf verschiedene Weise:
   a) im Ohrknorpel aus der Intercellularsubstanz;
   b) in den Kehlkopfknorpeln sowie im Ligamentum nuchae aus den Zellen.
4. Bilden die Zellen die Fasern, so ist sowohl der Kern als auch das Protoplasma an der Bildung beteiligt.
5. Nur im frühen embryonalen Leben sind die Zellen des Netzknorpels imstande, Fasern zu bilden; diese Fähigkeit hört schon in den späteren foetalen Perioden auf. Die Weiterentwicklung des Netzknorpels geht durch das Wachstum der einmal angelegten Fasern vor sich.
6. Über die Art des Wachstums der Faser ist Positives nicht bekannt.
7. Zum Studium der Histiogenese der elastischen Fasern ist in erster Linie die Alaun-Karmin-Dahlia-Färbung, in zweiter die Oreïn-Hämatoxylin-Tinktion zu verwenden.

Benutzte Litteratur.

1. Brücke, *Vorlesungen über Physiologie.*
2. Frey, *Handbuch der Histologie.*
3. Hyrtl, *Lehrbuch der Anatomie.*
4. Kölliker, *Handbuch der Gewebelehre.*
5. Orth, *Kursus der normalen Histologie.*
6. Stricker, *Handbuch der Lehre von den Geweben.*
7. Ziegler, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie.*
8. Boll, Untersuchungen über den Bau und die Entwicklung der Gewebe. *Max Schulzes Archiv.* Bd. VII.
9. Gerlach, Über die Anlage und Entwicklung des elastischen Gewebes. *Morphol. Jahrb.* 1878.
10. Flesch, *Untersuchungen über die Grundsubstanz des hyalinen Knorpels.*
11. Henle, Bericht in *Cannstadts Jahrbuch.* 1851.
12. O. Hertwig, Über die Entwicklung und den Bau des elastischen Gewebes. *Max Schulzes Archiv.* 1873. Bd. IX.
13. Kuskoff, Beiträge zur Kenntnis der Entwicklung des elastischen Gewebes. *Archiv f. mikroskop. Anat.* 1887. Bd. XXX.
14. Martinotti, Un metode simplice per la colorazione dell fibre elastiche. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie.* 1887.
15. Ludwig Meyer, Die pathologischen Gewebsveränderungen des Ohrknorpels. *Virchows Archiv.* Bd. XXXIII.
16. Lustgarten, Viktoriablau, ein neuer Farbstoff (?). *Wiener med. Jahrbücher* 1886.
17. Schwalbe, Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes. *Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch.* Bd. II. 1877.
18. Sudakewitsch, Das elastische Gewebe, dessen Struktur und Entwicklung (russisch). Referat. *Jahresb. f. Anat. u. Physiol.* 1883.

19. Rabl-Rückhard, Über den Netzknorpel des Ohres. *Du Bois' und Reicherts Archiv.* 1863.
20. R. Deutschmann, über die Entwicklung der elastischen Fasern im Netzknorpel. *Du Bois' u. Reicherts Archiv.* 1873.
21. Unna, eine neue Methode der Färbung elastischer Fasern. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886.
22. Unna, Vortrag auf der Bremer Naturforscherversammlung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890.
23. Unna, Notiz betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des elastischen Gewebes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891.

Versammlungen.

Hamburger ärztlicher Verein.

Sitzung vom 9. Februar 1892.

Herr Dr. Louis Philippson demonstriert mehrere Kranke aus Dr. Unnas Privatklinik:

I. Fall. Eine Frau mit Lupus vulgaris exulcerans des Naseneingangs und der Oberlippe zeigt auf der rechten Wange und dem Nasenrücken ein **Erythem** verbunden mit leichtem Ödem. Aufser oberflächlichen kleinen runden Narben ist keine weitere Veränderung vorhanden, insbesondere keine Lupusknötchen. Mit Rücksicht auf das Krankheitsbild des Lupus erythematoides der Franzosen ist dieses eine nicht seltene Begleiterscheinung des Lupus vulgaris des Gesichtes vorstellende Erythem in unserem Falle nicht ohne Interesse.

II. Fall. **Lupus erythematosus disseminatus** bei einer Frau. Beginn der Erkrankung als Lupus pernio der Finger und Ausbreitung während eines akuten Gelenkrheumatismus auf das Gesicht, den behaarten Kopf in Form zahlreicher typischer Plaques, ferner auf die Wangenschleimhaut (1 Plaque) und auf den Rücken.

III. Fall. **Sklerodermia universalis.** Bei einer Frau innerhalb 6 Wochen aufgetreten. Die Haut ist am härtesten und unverschieblichsten an den Armen, am Halse, an den Wangen, an Brust und der oberen Hälfte des Rückens. Behaarter Kopf, Hände Hälfte des Rückens, Bauch, Gesäfs, Oberschenkel sind schwächer befallen, untere Füfse, Unterschenkel, Nase, Lippen und Kinn sind frei.

IV. Fall. **Mycosis fungoides** bei einer Frau. Nach 4 Jahre dauernden prodromalen, stark juckenden Erythemen sind im letzten Jahre flache Papeln und dickere Wülste, schliefslich auch haselnufsgrofse rote, bis braunrote, weiche Knoten aufgetreten, welche zum Teil näfsten. Zur Zeit ist die Haut bedeckt mit den typischen progressiven und regressiven Veränderungen der mykotischen Efflorescenzen. Behandlung Arsenik innerlich: Resorcindunstumschläge äufserlich.

Dr. Sick stellt ein 10jähriges Mädchen vor, welchem die **ganze Kopf- und Stirnhaut** inkl. rechtes Ohr **abgerissen** wurde dadurch, dafs ein Flügel einer Windmühle den Zopf des Kindes erfafste und dasselbe mehrmals herumschleuderte. Der Skalp wird vorgezeigt. Die Heilung des enormen Defektes wurde durch Transplantation nach Thiersch erzielt. Die Haut mufste dem Kinde selbst entnommen werden, da 2 Versuche mit Haut junger Leute, 1 Versuch mit der Haut der Schwester der Verletzten vollständig fehlschlugen.

Dr. Sick demonstriert hierauf einen überwallnufsgrofsen **Blasenstein.** Der Kern wurde gebildet durch einen halbkirschengrofsen Phosphatstein; über diesen war glockenartig eine 3 mm breite organische Masse gestülpt, welche bei der mikroskopischen Untersuchung sich als nekrotische Blasenschleimhaut erwies. Die Schale des Steines wurde wiederum durch Phosphate gebildet. Vortr. nimmt an, dafs primär der centrale Phosphatstein entstand, welcher sich in einer Schleimhautfalte der Blase festsetzte; die über diesen Kern sich stülpende Blasenschleimhaut wurde nekrotisch; auf der nekrotischen Blasenschleimhaut kam es dann zu weiteren Phosphatniederschlägen.

Neebe-Hamburg.

Auf der 63. Naturforscherversammlung zu Bremen sprach Englisch über **Atrophie der Vorsteherdrüse,** die an die regressiven Altersmetamorphosen anderer Organe erinnere; die Erscheinungen seien denen der Hypertrophie ähnlich: häufiger Harndrang, schmerzhafte Entleerung, erschwertes Harnlassen; schwerere Erscheinungen bei Eintritt der Degeneration der Blasenmuskulatur: es treten die durch Stauung bedingten Veränderungen in Ureter und Blase auf. Therapeutisch rät Vortr. zum Katheterismus, der jedoch anfangs nie die Blase vollständig entleeren soll. Bergmann erklärt diese Atrophie der Prostata für einen Teil des allgemeinen senilen Muskelschwundes.

Ebenda berichtet Partsch über einen eigentümlichen Fall von **diabetischer Gangraen.** Pat., ein starker Trinker, mit 5 % Zucker, hatte schon früher Gangraen verschiedener Zehen gehabt. Mai 1889 kam er wieder mit oberflächlichem Brande der linken Zehen und Blasenbildung am Fufs ins Spital. Plötzlich schwerer Kollaps mit erhaltenem Bewufstsein; am 4 Tage Auftritt zahlreicher Blutflecke, die sich an abschüssigen Stellen infiltrieren; starkes Hautjucken, Blasenbildung und Neigung zu Gangraen der Haut; nach Ätherinjektionen tiefer reichende Gangraen. Exitus. Partsch macht auf die Veränderungen in den Gefäfsen bei Diabetikern, Knochenbildung, Wandverdickung aufmerksam; durch die gröfsere Empfindlichkeit der Diabetiker gegen die Einwanderung niederer Organismen entsteht das eigentümliche Bild des diabetischen Brandes. *F. Hahn-Bremen.*

Auf dem XX. Kongrefs der D. Gesellschaft für Chirurgie (*Dtsch. med. Woch.* 1891, Nr. 50) zeigte Goldschmidt einen **Blasenstein,** den er einem Knaben durch Sectio alta entfernt hatte; der Stein hatte zu einer Blasenurachusnabelfistel geführt, durch die der ganze Urin entleert wurde. Der Knabe kam sehr herunter. Heilung durch die Operation.

Jordan teilte 3 Fälle mit, wo er als **Erreger des Erysipelas** den Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur fand; er hält daher den Fehleisenschen Coccus nicht mehr für spezifisch.

Reichel hat Hunde durch nach und nach steigende **Impfungen mit Staphylokokkenkulturen** ins Bauchfell immun gegen diesen Spaltpilz gemacht. Auch Impfungen von sterilisierten Filtraten führten zur Immunität gegen den Coccus. Bei subkutaner Impfung trat die Immunität nicht so deutlich hervor. Diese Immunität dauert nur ziemlich kurz, überschreitet einige Wochen nicht. Praktisch ergiebt sich die Regel, bei Experimenten über Eiterung nicht dieselben Tiere mehrmals hintereinander zu gebrauchen. *F. Hahn-Bremen.*

Besprechungen.

Klinische Sammlung für Dermatologie und Syphilidologie.

Von

Prof. Dr. Manssuroff in Moskau.

IV. Lieferung.

(Autoreferat.)

Der I. Artikel dieser Sammlung betrifft einen Fall von squamösem Ausschlag auf dem Daumen bei einem jungen Mädchen. Die scharf markierten Grenzen des Ausschlags, seine Desquamation und das Vorfinden eines pflanzlichen Parasiten gaben dem Autor den Anlafs, diesem Leiden den Namen: **Dermatomycosis circumscripta manus**, oder **Inosis dermica** zuzuerkennen. Die Krankheit war in dem *Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten.* Lief. V. abgebildet und beschrieben worden. In den Schuppen der Epidermis, die mitunter auch von Prof. Sorokin in Kasan untersucht waren, wurden zahlreiche septierte Fäden von der Dicke 1—3 μ (Mycelien) vorgefunden. Aufserdem waren auch runde und ovale Zellen vorhanden (im Momente der Teilung), die man für Konidien halten könnte. Auf Grund der Kulturen, die im Laboratorium für Dermatologie und Syphilis vorgenommen wurden, fand sich eine auffallende Ähnlichkeit des Parasiten mit Trichophyton tonsurans und Achorion des Favus, so dafs der Parasit zu den Hyphomyceten gezählt werden könnte und eine Mittelspecies zwischen Mucedo und Saccharomyces darstellt. Aufserdem ermöglichte dem Autor dieses Studium, eine differenzielle Diagnose zwischen diesem Leiden und dem Eczema circumscriptum parasitarium (R. Crocker), dem Eczema marginatum, Herpes tonsurans und Trichophytiasis dermica (Campana) festzustellen. Die lokale Behandlung mit einer merkuriellen Salbe genügte, um die vollständige Heilung herbeizuführen.

Der II. Artikel betrifft einen Fall von **Psorospermosis cutanea et molluscum**, oder die **Darier'sche Krankheit**. Der Fall ergänzt das Material, welches im Jahre 1889 auf dem Kongrefs der Dermatologen in Paris die Aufmerksamkeit der Ärzte in bedeutendem Mafse erregte. Der Pat., 27 Jahre alt, bemerkte in seinem 9. Lebensjahre kleine trockene Papeln auf der rechten Wange. Später bedeckten die braunen, harten papulösen Infiltrate das Gesicht, den Hals und die Brust. Auf dem Halse bemerkte man zahlreiche Mollusken, besonders in der Gegend des M. cucullaris. Am Rücken, in der Lumbargegend, befindet sich noch ein Infiltrat von der Gröfse einer vola manus. Die Behandlung bestand in Bepinseln mit Kollodium, welches nur sehr oberflächlich wirkte. Bessere Resultate gab die Ausschabung mit Volkmann'schem Löffel und später Ätzungen mit Acid. nitr. fumans.

Der Autor macht besonders auf den Umstand aufmerksam, dafs die Neubildung nicht nur aus hornartigen epidermoidalen Produktionen, sondern auch in vegetierender Form erscheine (Psorospermose folliculaire végétante de Darier); ferner dafs Molluscum contagiosum und Paget's Krankheit der Brustwarzen auch nur Modifikationen desselben Leidens seien.

Der Parasit (Coccidium, Gregarina) besteht aus glänzenden eiförmigen Körperchen, welche im Stratum Malpighii ansässig sind und später zapfenförmig auswachsen, in die Tiefe eindringen und somit das Material der Erkrankung liefern.

Der III. Vortrag betrifft einen Fall von **Pityriasis rubra.** Pat., ein Jude aus Mohilew, 48 Jahre alt, ein sehr abgemagertes Subjekt, leidet am Ausschlage seit seinem 21. Jahre. Im Verlauf von 15 Jahren bedeckte der Ausschlag allmählich die ganze Hautoberfläche, worauf eine reichliche Abschuppung und eine bedeutende Atrophie der Haut folgte. Salben aus Vaselin und Ichthyol ā, aus 10 % Resorcin und 5 % Schwefel hatten eine sehr beschränkte Wirkung auf das Leiden.

Die „rote Kleienflechte" von F. Hebra wird in den meisten Fällen bei Juden, die in Rufsland wohnen, angetroffen. Dieses seltene Leiden wurde als eine selbständige, typische Erkrankung auf dem Kongrefs der Dermatologen in Paris anerkannt (Besnier). Was die innere Kur anbelangt, so bleibt Arsen das einzig annehmbare Mittel, da bei dessen Anwendung nicht alle Fälle lethal endigen.

IV. Vortrag. Ein Fall von **Lepra anaesthetica.** So selten diese Fälle in Central-Rufsland vorkommen, hatten wir in der Klinik in 10 Jahren zwei solche: 1. einen Tambour und 2. einen Seidenweber; von dem letzteren wird jetzt auch die Rede sein.

Pat. hat flachhand-grofse, glatte, rote Flecken auf der Brust, dem Rücken, dem Bauche und den Extremitäten. Die Flecken sind rosafarbig gerändert und unempfindlich gegen Stiche, Temperaturwechsel und Kneifen. Taktile Sensibilität vermindert, besonders auf den Flecken der unteren Extremitäten. Druckempfindung normal. Pat. war früher Seidenweber, und da man auf der Fabrik häufig rohe Seide per Post aus Buchara bezog, so vermutet Aut., dafs Pat. von da die Ansteckung bekam. Als Pat. zur Arbeit unfähig wurde, machte man ihn aus Barmherzigkeit zum Heizer. Aber bei seiner Anästhesie der Haut bekam er öftere Verbrennungen. Die Anästhesie war auch Ursache, dafs ihm der linke Nasenflügel abfror. Die mikroskopische Untersuchung von Dr. Kriloff ergab, dafs die Bacillen der Lepra in diesem Fall in geringer Quantität vorgefunden wurden. Ihre Form erwies sich etwas verschieden von der gewöhnlichen, bei Lepra tuberosa vorgefundenen. Die Bacillen der Lepra anaesthetica nämlich sind kürzer, aber dicker und sind nicht artikuliert. Sie wuchern vorzüglich ebenfalls im Innern der Gewebszellen. Ihre Kulturen gelingen nur auf Gelatine. Ihr Wachstum ist sehr langsam bei Zimmertemperatur. Sie wachsen, indem sie die Gelatine verdünnen. Aut. glaubt deshalb berechtigt zu sein, folgende Fragen zu stellen: Sind die Bacillen in allen Fällen von Lepra identisch, oder ob verschiedene für die Lepra tuberosa und die Lepra anaesthetica existieren? Welche Form der Lepra ist heilbarer? — In Riga gibt es ein Asyl für Leprakranke; es ist Aut. bekannt, dafs diese Fragen einen Arzt interessieren, welcher gesonnen ist, dort seine Studien denselben zu widmen. Im Orient, besonders in Turkestan, begegnet man häufiger der anästhetischen Form der Lepra („Machau"). Aufser dieser Form der Lepra fand dort unser berühmter Leprolog Prof. Münch eine Erkrankung, welche die lokale Benennung „Pefs" führt und zweifellos mit „Vitiligo" von Bärensprung und Simon identisch ist. Bei der Behandlung seines Patienten wandte Aut. ein 10 %haltiges Pflaster von Pyrogallussäure an. Die Wirkung war nicht ohne Erfolg: an der Stelle der Flecken erneuerte sich die Empfindsamkeit der Haut. Nach einem Jahre (Nov. 1891) wurde Pat. wieder aufgenommen. Man unternahm subkutane Injektionen von Pyoktanin (Gentianaviolet 1,0, Aq. dest. 300,0 — zu 2 Pravazspritzen alle zwei Tage), was vom Pat. gut vertragen wird. Resultate werden seiner Zeit publiziert.

V. Vortrag. Ein Fall von **Lupus erythematosus Cazenavi.** Derselbe betrifft eine Frau mit der bekannten, von F. Hebra beschriebenen Hautaffektion. Die roten schuppigen Flecken occupieren die Nase, die Wangen und den oberen Teil der Stirn. Patientin, 39 Jahre alt, von starkem Körperbau, leidet seit ihrem 4. Lebensjahre.

Bemerkenswert ist der Umstand, dafs Pat. vor 14 Jahren am Rotlauf gelitten hatte, wobei ihr alle Haupthaare ausfielen; vor drei Jahren wiederholte sich das Erysipel, die Haare fielen wieder aus — Lupus erythematosus blieb aber unverändert. Tinct. Jodi 4:1 Glycerin und eine 5 % Salbe aus Resorcin erwiesen keinen merklichen Einfluſs auf den Ausschlag, im Gegensatz dazu zerstörte eine Salbe aus 5—10 % Salicyls. die Infiltrate, so dafs man bisweilen genötigt war, deren Wirkung einzustellen. Die Kur war günstig, aber zeitraubend. Pat. erschien nicht mehr wieder.

Der Autor möchte hier noch eines Falles von Lupus erythematosus auf dem 4. Finger und der vola manus erwähnen; seine Heilung trägt einen zufälligen Charakter. Infolge eines Schnittes am Daumen trug Pat. längere Zeit einen Verband aus Jodoform; nach einem Monat heilte die Schnittwunde und auch der Lupus. Es blieb nur ein unbedeutender Fleck nach; auf demselben erneuerte sich die Krankheit. Die Affektion wird mit Kollodium 30,0 und Jodoform 4,0 bepinselt und hermetisch verbunden.

VI. Vortrag, bespricht die **Ausschabung von serpigenösen und tuberösen Syphiliden.**

Die Produkte der Syphilis, wie Knoten, fibröse und gummöse Geschwülste, entwickeln sich sehr langsam, dauern bisweilen einige Jahre und lassen sich von keiner allgemeinüblichen Methode entfernen. Unterdessen wirken die öfteren merkuriellen Kuren auf den Organismus sehr ungünstig, ohne genügende Resultate zu liefern.

Aut. behandelte einen Pharmaceuten, der schon im Jahre 1867 an Syphilis gelitten hatte. Wegen Syphilis ulcerosa machte er mehrere Merkurialkuren in verschiedenen Hospitälern durch. Seit 1882 wandte sich Pat. mit Rissen an der Zunge und knotigem Infiltrate des ganzen Gaumens an Prof. Manssuroff. Mehrere Sommer nacheinander bekam Pat. Friktionen und Schwefelbäder, ohne besonderen Erfolg, — bis Aut. die Ausschabung des Gaumens mit dem Volkmannschen Löffel unternahm. — Nebenbei ist zu bemerken, dafs das Ausschaben bei seiner Applikation gewisse Beschränkungen erfordert; nämlich: wenn der Körper skorbutisch oder anämisch ist, so ist die von der Operation entstandene Zerstörung fast unheilbar.

Der VII. Artikel beschreibt einen **Blutinfarkt des Skrotum und Penis.** Pat., ein Tagelöhner, beabsichtigte eines Morgens die Erektion des Penis gewaltsam zu unterdrücken und lenkte den Penis zur Seite.

Darauf erfolgte ein Bluterguſs ins Zellgewebe des Skrotum und des Penis, deren Umfang infolgedessen sich dreifach vergröſserte. Die Behandlung mit Bleiwasser erzielte schnelle Resultate.

Der VIII. Vortrag bespricht die **Epilation und Vertilgung der Warzen vermittelst der Elektrolyse.**

Während einer Durchreise über Wiesbaden sah Verf. daselbst bei Dr. Touton einen dazu geeigneten Apparat. Verf. benützte die Modifikationen, welche von Dr. Touton vorgeschlagen worden, nämlich leichtere Nadeln zu gebrauchen, ohne Druckfedern, mit Holzgriff. Der Strom geht beim Einstechen direkt durch die Nadel, was bei einer solchen Miniatur-Operation weit bequemer ist.

Ein Apparat mit allen nötigen Einrichtungen (Stromwage, Rheostat) und neuen Modifikationen fungiert bereits in der Moskauer Klinik.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen von R. Garcia (*Morpholog. Arbeiten*, herausgeg. von G. Schwalbe, I. Band, II. Heft.) Die Haut Erwachsener eignet sich nicht zum Studium des Haarwechsels, da die verschiedenen Stadien wegen der Verschiedenheit an Größe, Gestalt etc. wenig Zusammenhang haben. Verf. machte seine Studien an der Haut von Kindern und Embryonen, in der die einzelnen Haare z. B. ähnliche Verhältnisse darbieten. Nach Mitteilung der Ansicht der früheren Autoren beschreibt Verf. das, was er gefunden. Das erste Stadium ist das der Ablösung des primären Haares: die Matrixzellen hören auf zu produzieren, zuerst an der Basis, dann an der Spitze der Papille; so entfernt sich zuerst die Henlesche und Huxleysche Schicht von ihrer Bildungsstelle und steigt im Haarbalg empor; ihr folgen die Cuticulae und zuletzt das Haar: so gewinnt die Wurzel die Gestalt des Haarkolbens. Die dem Papillengipfel entsprechenden Zellen produzieren neue Elemente, die nicht mehr verhornen. So wird der Haarkolben emporgehoben. Verf. bezeichnet den centralen Teil dieses epithelialen Wurzelcylinders als Kolbenkissen. Derselbe wird immer dünner, die Papille immer kleiner, der Haarkolben verhornt total und erreicht beim Emporsteigen die produktive Region der äußeren Wurzelscheide. An Stelle des alten geschrumpften epithelialen Cylinders haben wir einen aktiven epithelialen Cylinder, dessen unterste Zellen die Papille umwachsen und so die sekundäre Matrixplatte bilden. Hiermit beginnt das zweite Stadium, die Haarneubildung. Die tiefsten Zellen der sekundären Matrix beginnen zu wachsen und bilden die innere Wurzelscheide; die dem Papillengipfel entsprechenden bilden die Haarwurzel, und es bilden diese beiden Gebilde, weiter wachsend, einen Haarkegel. Dies junge Haar erreicht das untere Ende des alten Kolbens, die innere Wurzelscheide verhornt zuerst, dann das junge Haar; die Cuticulae bilden sich. Zum Schluß wird das alte Haar durch den Druck des wachsenden jungen Haares und infolge anderer Einflüsse ausgestoßen. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über die biologische Bedeutung der von Arnold beschriebenen Kernformen in den Zellen der Milz und ihr Verhältnis zur mitotischen und amitotischen Teilung von F. Reinke (aus der anatomischen Anstalt zu Kiel, 1891.) Arnold hatte in der Milz weißer Mäuse Kernformen beobachtet, die er teils als Abweichungen von der echten Mitose, teils als amitotische Kernteilungen ansieht. Verf. konnte die von A. beschriebenen Formen auch auffinden, erklärt aber den größten Teil derselben als Repräsentanten einer bis dahin unbekannten Form der Mitose, die der Knäuelform vorhergeht, bezw. bei den Tochterkernen folgt und sich nur bei der Maus findet; er nennt sie Speichen oder Melonenform. Die „Ringformen" sind Erscheinungen eines Reiz- oder Veränderungszustandes, die zur Fragmentierung des ruhenden Kerns führen können, oder durch derartige Zustände aus mitotischen Figuren entstanden sind. Die Kerne der Riesenzellen teilen sich direkt, obwohl sie Mitosen zeigen, die aber wahrscheinlich nicht zu Tochterkernen führen. Von den beiden letzten Formen ist nicht erwiesen, daß sie zum Aufbau eines Gewebes von physiologischer Dignität führen.

F. Hahn-Bremen.

Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern der Haut von Dr. Martin B. Schmidt, (*Virchows Archiv* Bd. S. 25). Der Umwandlungsprozefs in der Haut der älteren Personen soll sich so gestalten, dafs durch Atrophie der kollagenen Bindegewebsbündel das elastische Netz sich dichter schliefst und die nahe aneinander rückenden Fasern stark gewunden werden; dafs an letzteren selbst dann hyaline Aufquellung und Schollenbildung durch ungleichmäfsige Verdickung und durch Zusammenrollen der gequollenen Fasern und körniger Zerfall nebeneinander hergehen; der letztere Prozefs führt zur Konfluenz der Fasern, zur sekundären hyalinen Umwandlung und zur Entstehung der gröfseren homogenen Bezirke, die sich schliefslich über die ganze Cutis ausdehnen können. *L. Hoffmann-Berlin.*

Bakteriologie.

Zur **Untersuchungstechnik der Hyphomyceten,** von P. G. Unna. (*Centralbl. f. Bakt.* Nr. 1 1892 Bd. XI.) Um die genauere Beobachtung der Hyphomyceten, die Verbindung ihrer einzelnen Bestandteile, der Boden- und Lufthyphen, der Sporenträger etc. zu erleichtern, hat U. verschiedene Verbesserungen während seiner Beschäftigung mit diesem Gegenstande gefunden. Zur mikroskopischen Untersuchung der Kulturen wurden solche auf mit Nährsubstanz beschickten Objektträgern angelegt; diese gestatteten Beobachtung der ersten Auskeimung, so lange das Wachstum in horizontaler Richtung vor sich geht, zumal wenn man ein Deckglas auflegt. Zur Beobachtung der Lufthyphen wurden durchlochte Objektträger mit Gelatine ausgegossen, die Hälfte der erstarrten Scheibe von Nährsubstanz entfernt und auf der Kante der stehengebliebenen Scheibenhälfte gesät; so war die Ebene ihres Wachstums in die Beobachtungsebene gelegt. Diese Kulturen hielten sich nie lange rein. Da nun gut wachsende Kulturen vom Nährboden aus gern Zweige auf benachbarte vom Nährboden freie Teile des Glases senden, so konnte U. das Wachsthum gut beobachten wenn er den Impfstrich an der Seite des schräg erstarrten Nährbodens anlegte; um durch den wenig Licht durchlassenden Nährboden nicht gestört zu werden, lockerte er den Agar durch Erwärmen und gofs ihn aus. Endlich lassen sich kleine Mengen einer gut wachsenden Kultur in ein reines Glas bringen und dort durch Erwärmen fixieren (sog. „Minimalkulturen"). Diese kann man mit basischen Anilinfarben färben, mit Spiritus auswaschen und nach Auffüllung mit Kochsalzlösung oder Petroleum und Verkorkung in Dauerkulturen verwandeln. Werfen die Pilze ihre Sporen leicht, so „härtet" man sie zunächst mit einigen Tropfen Alkohol.

Bei der Färbung der Objektträgerkulturen bevorzugt U. solche auf Gelatine, da sich diese leichter als Agar entfernen läfst (beide halten nämlich die Farbe sehr fest). Der Objektträger wird erwärmt und der Nährboden mit einigen Tropfen Wasser, mit Glycerin gemischt, weggespült. Agarkulturen müssen mit 20—30 % Kalilauge bei mäfsiger Wärme aufgequellt und dann durch Druck unter Stanniol-, Pergament- oder Ölpapier herausgedrückt. Endlich kann man die ganzen Kulturen in Celloidin einbetten, mit dem Mikrotom schneiden, färben und so die Verschiedenheiten der einzelnen Pilze beobachten und photographieren. Hauptsache hierfür ist eine gute, starke, elektive Färbung der Pilze, die den Agar ungefärbt läfst. U. erreichte dies, indem er 10—5 % Essigsäure vor der Färbung mit Karbolfuchsin 5 Minuten lang auf die Schnitte einwirken liefs. Bei dieser Behandlung bleibt der Agar leicht rosarot. 5 % Kalilösung entfärbt ihn durchaus, doch quellen die Pilzfäden hierbei und schlängeln sich infolgedessen bei der nachfolgenden Anilinbehandlung. Am zweckmäfsigten ist es daher, beide Methoden miteinander zu verbinden. Zu photographierende Schnitte legt man zweckmäfsig, ehe sie in Anilinöl kommen, für einige Sekunden in

eine 1—5% Lösung von Chromsäure oder Kalibichromat, da die so entstehende Chromfarbe noch eine Nuance dunkler ist. *F. Hahn-Bremen.*

Ein einfacher Nachweis von Tuberkelbacillen durch Färbung nebst einer Angabe zur Färbung von Bakterien in fettreichen Substraten, von C. Arens (*Centralbl. f. Bakt.* Nr. 1 Bd. XI. 1892). Verf. färbt mit einer gesättigten alkoholischen Fuchsinlösung, indem er zu 3 Tropfen dieser Lösung 2—3 ccm Chloroform hinzufügt. In dieser Lösung bleiben die Schnitte resp. Deckgläschen 4—6 Minuten, werden mit salzsaurem Alkohol (HCl. 1,0, Aq. dest. 26,0, Alkohol (96%) 73,0) entfärbt und der letztere wieder mit Alkoh. absol. herausgezogen. Nachfärbung in verdünntem Methylenblau. Bakterien in der Milch (geronnen oder frisch), in Wurst etc. werden folgendermafsen gefärbt:

Eine Öse Milch und eine Öse Wasser werden auf dem Deckglas verrieben, über der Flamme getrocknet und dann in Chloroformmethylenblau (12—15 Tropfen gesättigte Methylenblaulösung in 3—4 ccm Chloroform) 4—6 Minuten gefärbt; hierauf läfst man das Chloroform verdunsten, zuletzt — Abspülung in Wasser. Die Bakterien sind dann schön blau gefärbt, das Kasein blafsblau. *P. Taenzer-Bremen.*

Hygiene.

Auf dem XIV. Kongrefs der italienischen ärztlichen Vereinigung zu Siena (allgemeine Sitzung vom 17. August 1891) spricht Pellizzari zu Gunsten der **Beibehaltung des Crispischen Reglements von 1888 über die Prostitution** (*Giorn. ital. delle malatt. vener. e della pelle.* Sept. 1891.) — Angesichts der Thatsachen, dafs, abgesehen von einigen unbedeutenden Schwankungen in der Prozentzahl der venerischen Erkrankungen, das Crispische Reglement, welches staatliche Beaufsichtigung der Prostitution verlangt, ganz günstige Resultate geliefert hat; ferner, dafs überhaupt bis jetzt noch eine zu kurze Zeit verstrichen seit Inkrafttreten des Gesetzes, um dasselbe definitiv zu beurteilen: nimmt die Versammlung eine im Sinne und nach dem Vorschlage des Redners formulierte Tagesordnung an, worin der Wunsch ausgedrückt wird, das Ministerium möge am genannten Reglemente keine Abänderungen treffen, welche die Grundidee desselben alterieren könnten. *C. Müller-Basel.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Dermatol, ein Ersatzmittel für Jodoform, von Powers. Surgeon to the New York out Patient Department Hospital. Verf. wandte das Dermatol in 150 chirurgischen Fällen an: frische Wunden heilten rasch, nie trat Sepsis ein; Phlegmonen, Abscesse etc. müssen erst mit Sublimat gereinigt werden. Das Dermatol trocknet sehr gut aus, es ist bei chronischen Beingeschwüren dem Jodoform überlegen; auch nässende Ekzeme (Jodoform, Sublimat) heilten schnell ab. Machtlos ist es bei tuberkulösen, und überhaupt bei torpiden Geschwüren mit schlaffen Granulationen. Vorzüglich wurden Verbrennungen ersten und zweiten Grades beeinflufst.

F. Hahn-Bremen.

Bedingungen, welche der Wundinfektion zu Grunde liegen, von W. H. Welch. (*Amer. Journ. of med. Sciences.* Nov. 1891.)

Einige Betrachtungen über chirurgische Antisepsis, von W. H. Welch. (*Maryland med. Journ.* Nov. 14. 1891.)

In diesen zwei interessanten und anregenden Vorträgen giebt Verf. mit kurzen, aber anschaulichen Zügen den Stand der Bakterienlehre in der Chirurgie wieder, wobei er einige wertvolle Beobachtungen aus seinem eigenen Laboratorium mitteilt. Letztere erstreckten sich hauptsächlich auf die Erforschung eines dem Streptococcus pyogenes albus ähnlichen Mikroorganismus, den er vorläufig als Streptococcus epidermidis albus bezeichnet, da derselbe wenig pyogene Fähigkeiten besitzt und sowohl auf als in der Haut sich findet. Auch bei prima intentione geheilten Wunden wurde derselbe an den Suturen nachgewiesen. Zur Beseitigung aller Mikroorganismen an den Händen von Operateuren fand W. die Fürbringerschen Vorschriften unzureichend. Wenigstens wurden nach Fällung des der Haut anhaftenden Sublimats mittelst Ammoniumchlorid in den Proberöhrchen zahlreiche Kolonien nachgewiesen. Allerdings blieben die Röhrchen meist steril, wenn man das Ausfällen unterliefs. Im Johns Hopkins Hospital ist nach Vorschlag des Verf. folgender Modus der Desinfektion der Hände mit Erfolg angewandt: 1. Schneiden und Reinigen der Nägel; 2. mehrere Minuten langes Waschen in möglichst heifsem Wasser bei häufigem Wechsel desselben und Anwendung einer mit Dampf sterilisierten Bürste; 3. Waschen während einer oder zwei Minuten mit einer warmen, gesättigten Lösung von hypermangansaurem Kali; 4. Entfärben mit einer warmen gesättigten Lösung von Oxalsäure; 5. Abwaschen mit sterilisierter Kochsalzlösung oder Aqua dest.; 6. Eintauchen während zwei Minuten in Sublimatlösung 1 : 500. *Philippi-Nieheim.*

Receptformeln: (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 633—641.)

Gegen **Anthrax**:

Hydrarg. bichlor. 0,1
Aq. carbol. (5%) 25,0

2—4 Pravaz-Spritzen dieser Lösung werden täglich in den Karbunkel eingespritzt. Aufserdem wird derselbe mit einer 1—2 %igen Sublimatlösung sorgfältig gereinigt und mit Karbolkompressen bedeckt. (Arnoldow).

Gegen **Furunkel**:

1. Innerlich 8—14 Tage lang täglich 1,0 Acid. bor. in 2 Gaben. Aufserdem 4—5 mal täglich Abwaschen der Furunkel mit heifser 4 %iger Borlösung. — Dies Verfahren wird von seinem Urheber (Alison Baccarat) auch gegen **Karbunkel** empfohlen.

2. Der Furunkel wird mit einem 2½%igen Karbolwasser gereinigt, mit Karbolöl überstrichen und alsdann mit einem Gemenge von Jodoform und Zinc. oxyd. ää bestreut. Dies Verfahren wird 2 mal täglich bis zur Heilung wiederholt.

Gegen die **Krätze**:

Creolin. 2,5
Vaselin. 50,0.

Tägliche Einreibungen. (Lollis).

Gegen **Erysipel**:

1) *Natr. salicyl.* 20,0—40,0
Natr. bicarbon. 10,0—20,0
Aq. coct. 1000,0.

Zu Waschungen und Kompressen zu verwenden. (Besnier).

2) *Ichthyol.* 15,0
Lanolin. 15,0.

Zum Einreiben. — Nach jeder Einreibung werden die kranken Teile mit Salicylwatte bedeckt.

Gegen **Ekzema**:

Man setze die befallenen Körperteile mehrfach hintereinander der strahlenden Wärme eines mäfsigen Feuers aus. Es entsteht zuerst heftiges Jucken; man darf aber nicht kratzen, sondern höchstens sanft mit der vorher sorgfältig gereinigten Hand darüber streichen. Jede „Sitzung“ dauert etwa 5 Minuten und wird 5—6 mal hintereinander wiederholt. Zum Schlufs läfst man die Flammen noch 2—3 mal aus noch gröfserer Nähe auf die ekzematösen Teile einwirken. (Bourdin).

Türkheim-Hamburg.

Über Wundbehandlung mit Dermatol, von Dr. von Rogner. (*Wien. med. Presse.* 1891. No. 33.) Auch dieser Autor kommt zu ganz derselben Ansicht, wie der obige. Auch er hebt noch speziell hervor, dafs Dermatol geruchlos, ungiftig ist und nie reizt. *F. Hahn-Bremen.*

Pharmakologisches.

Unguentum citrinum, von Faris.

Adip. suill.	760,0
Hydrargyri	70,0
Acid. nitr.	170,0

Man bringt das Fett in eine geräumige Porzellanschale, die man in einem Sandbade auf 95° erwärmt. Man unterbricht darauf das Erwärmen und setzt 70,0 Salpetersäure zu. Darauf rührt man um, bis zum Aufhören der Reaktion, und bringt von neuem auf 95° C. Nach unterbrochenem Erwärmen setzt man den Rest der Säure zu, in dem das Hg vorher gelöst wurde. Man rührt vorsichtig, bis die Reaktion nachläfst, und läfst unter Umständen erkalten. Bedingungen zum Gelingen sind, dafs reines Schweinefett gebraucht wird. Das Sandbad ist erforderlich, um langsame Abkühlung zu bewirken. Die Vorschrift der Pharmakopoe ist mangelhaft, da die Anfangstemperatur zu niedrig ist. (Nach *Dtsch.-Amerik. Apothekerztg.* Septbr. 1891.) *P. Taenzer-Bremen.*

Angioneurosen.

Auf die **blutstillende Wirkung des Terpentins** macht Chapman im *Lancet* 1891. 28. Nov. aufmerksam, welcher durch innerliche Darreichung dieses Medikamentes Blutungen in die Haut und den Darm bei einem Bluter, sowie Blutungen aus dem Uterus zum Stehen brachte. Die Darreichung geschieht 2stündl. 20 Tropfen in Emulsionen. *P. Taenzer-Bremen.*

Über partielle Gangrän des Fufses nach subkutanen Antipyrin-Injektionen sprach Verneuil vor der Académie de médecine de Paris am 3. Nov. 1891, indem er über 2 Fälle berichtete. In dem einen Falle handelte es sich um eine traumatische Ischiasneuralgie, wo zur Linderung der Schmerzen 3 Injektionen unter die Dorsalhaut der dritten Zehe gemacht wurden. Nach 48 Stunden entstand eine Gangrän, welche die anderen Zehen ergriff und erst auf der Mitte des Fufses Halt machte. Es bestand weder Alkoholismus, noch Malaria oder Diabetes. Der zweite Patient litt allerdings schon seit Jahren an lokaler Asphyxie, indem die Zehen häufig cyanotisch und sehr schmerzhaft wurden. Auch hier wurden Injektionen in der Gegend der Articulatio metatarso-phalangea gemacht, worauf sich gleichfalls um die Einstichstelle eine Gangrän ausbildete, welche auch die benachbarte Zehe ergriff. Beide Zehen wurden mit dem Paquelin abgetragen. Später trat noch einmal (ohne Veranlassung) spontane Gangrän auf, welche die Amputation des Fufses zur Folge hatte. Keine Dyskrasien. Verf. hält die Antipyrininjektionen für das begünstigende Moment, nicht für die unmittelbare Ursache.

In der Diskussion bemerkt Dujardin-Beaumetz, dafs diese beiden Fälle vereinzelt daständen, da man wohl Phlegmonen oder Abscesse, niemals aber Gangrän nach Antipyrininjektionen beobachtet habe. Es sei daher Vorsicht bei bestehender Neuritis geboten bezüglich der Anwendung subkutaner Injektionen überhaupt. (Nach der *Allg. med. Centralztg.* 1891. No. 93.) *P. Taenzer-Bremen.*

Einige Bemerkungen über die Processionsraupen und die Ätiologie der Urticaria endemica, von Dr. Laudon. (*Virchows Archiv.* Bd. 125.) L. hat in dem Badeorte Rahlberg eine Urticaria endemica beobachtet, deren Auftreten zeitlich mit Erscheinen der Wanderraupe zusammenfiel. Die Ursache dieser Urticaria ist nun nicht allein in der Ameisensäure, die in den Processionsraupen enthalten ist, zu suchen, sondern vornehmlich in den Staubhärchen von den dunklen Rückenstreifen der Raupen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Traumatische Entzündungen.

Ikterus bei Karbolverband, von Landau. (*Dtsch. med. Woch.* 1891. No. 23.) Ein Pat. bekam in Anschluſs an eine Daumenwunde, die mit 3% Karbolwasser ausgewaschen und mit Jodoform verbunden wurde, ein Ekzem, zunächst der Hand, dann des Arms und schlieſslich des ganzen Körpers; sieben Tage nach dem ersten Verbande entwickelte sich ein ausgesprochener Ikterus mit thongrauen Stühlen, ikterischem Urin und allgemeiner Abgeschlagenheit; die Epidermis stieſs sich an den ekzematösen Stellen blasig ab, es floſs gelbe, unangenehm riechende Flüssigkeit aus. Nach 13 Tagen war der Ikterus abgelaufen, nach 4 Wochen das Ekzem geheilt. Pat. hat früher schon einmal nach Karbolverband Ekzem bekommen. Verf. macht daher die Karbolsäure, die an und für sich Ikterus hervorrufen kann, für Ekzem und Ikterus verantwortlich. (Ob man nicht lieber das Jodoform als causa movens verantwortlich macht? Ref.) *F. Hahn-Bremen.*

Fissuren der Brustwarzen behandelt Dr. Vinay in Lyon mit 20% Aristolvaseline, indem nach dem Stillen die Warze an der Basis zwischen 2 Fingern leicht gedrückt wird, um alle Fissuren freizulegen, und dann mittelst Pinsels das Medikament aufgetragen wird. Binnen 4 Tagen ist alles geheilt. (*Wiener med. Presse.* 1892. No. 3.) *P. Taenzer-Bremen.*

Beobachtungen von Simulation von erysipel- und scharlachähnlichem Exanthem, von Boucherau und Vigenaud. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1891. No. 23.) In Clermont-Ferrand wurden 70 Fälle von etwas atypischem Erysipel behandelt, die sich später durch Aussage einiger der daran Erkrankten als durch Thapsiapflaster hervorgerufen entpuppten. Es entstanden danach scharlachartige und selbst bullöse Ausschläge. (Nach der *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 6.) *P. Taenzer-Bremen.*

Akute Exantheme.

Ein weiterer Fall von Vaccineblepharitis von Schapringer, *New Yorker med. Monatsschr.* 1891, No. 11.) Verfasser sah einen Mann, dessen linke Augenlider seit 2 Tagen blaurot verfärbt und infiltriert waren. Auf der nasalen Hälfte des unteren Lides sitzen zwei länglich runde, miteinander konfluierende Geschwüre, mit weiſslichem, mäſsig zähflüssigem Belag. Keine Abklatschgeschwüre am oberen Lid. Mäſsige Injektion der Conjunctiva bulbi, Epithel der Cornea am innern Rande abgeschürft, daselbst rauchige Trübung der Cornea.

Heilung unter Borumschlägen. Ähnlichkeit mit früheren Fällen veranlaſste Verf., nach stattgehabter Vaccination zu fragen, und so erfuhr er, daſs Patient vor etwa zwei Wochen geimpft war; die Vaccinepusteln hatte er gekratzt und dann mit dem Finger im Auge gescheuert. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Fälle von nacheinander erfolgter Masern- und Scharlacherkrankung, von Northrup. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1891, No. 11.) Verf. hat vier Fälle

gesehen, wo nach deutlich ausgesprochener Masernerkrankung, während der Ausschlag am 3.—6. Tage schon im Verschwinden war, unter Wiederansteigen des Fiebers typische Skarlatina zum Ausbruch kam. In einem fünften Falle folgten die Masern dem Scharlach. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von schwerem Scharlach, von H. Moreau. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* 1891. S. 58.) Der Fall betraf ein 9jähriges Mädchen, das schon seit einem Jahr an Keuchhusten litt. Zu dem heftig auftretenden Scharlach gesellte sich eine pseudomembranöse Angina, eine doppelseitige, eitrige Ohrenentzündung, Rheumatismus scarlatinosus und Endokarditis. Die Krankheit ging nicht nur in völlige Genesung aus, sondern brachte auch den Keuchhusten zum Schwinden.

Türkheim-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Die Behandlung des Lupus mittelst der Kochschen Methode, von A. Elsenberg. (*Wien. med. Presse* 1892, No. 1 u. 2.) E. hat 30 Patienten beobachtet; er schildert zunächst die allgemeine, dann die lokale Reaktion; den Grund der letzteren sieht er (nach seinen Untersuchungen zweier auf der Höhe der Reaktion ausgeschnittener Hautstücke) in einer akuten Entzündung, durch die das Knötchen anschwillt und die Gefäfse dilatiert sind, das Exsudat, serös wie zellig, verfällt der Resorption und mit ihm die nekrobiotischen Herde in den Lupuselementen, die am meisten von der Reaktion beeinflufst werden. Daher sah Verf. die günstigste Wirkung beim Lupus tumidus und exulcerans, deren weiches Gewebe günstige Chancen für entzündliche Prozesse bietet, zumal wenn mit dem Löffel nachgeholfen wird; gar keinen Zweck haben die Injektionen beim Lupus serpiginosus, es sei denn zur Auflockerung, damit der scharfe Löffel die Knötchen besser entfernen kann. Beim Lupus vulgaris, der Nase, Nasenflügel, Schleimhaut ergriffen und zerstört hat, führt weder Einspritzung noch Auskratzung zum Ziel. E. ist sehr vorsichtig mit den Injektionen, spritzt kleine Dosen in grofsen Zwischenräumen und nur bei intakten inneren Organen und gutem Kräftezustande. *F. Hahn-Bremen.*

Über Kombination von Tuberkulose mit Krebs, im Anschlusse an einen Fall von primärem Prostatakrebs, von L. Berger. (Inaug.-Diss. München, 1890 (?).) Nachdem früher auf Grund krasiologischer Anschauungen das gemeinsame Vorkommen von Carcinom und Tuberkulose geleugnet, später aber von anderer Seite das Gegenteil behauptet war, schliefst Verf. aus dem heutigen Stand der Lehre von der Kombination, dafs die beiden verbreiteten Krankheiten wohl häufiger zufällig bei demselben Individuum vorkommen können, dafs der Krebs durch seinen den Organismus schwächenden Einflufs den Eingang für die Tuberkulose erleichtert, dafs umgekehrt der Krebs zur primär entstandenen Tuberkulose hinzutreten kann. Unter 2114 Sektionen aus dem Münchner pathologischen Institut fand Verf. diese Kombination 59 mal. Er schildert dann ausgiebig einen Fall von latenter Miliartuberkulose und latentem Prostatacarcinom. Beide Erkrankungen wurden erst durch die Sektion entdeckt. Patient hatte vorher Influenza durchgemacht.

F. Hahn-Bremen.

c. *Syphilis.*

Zur Geschichte der Syphilis; Syphilisation und syphilitische Impfung, von Dubois-Havenith. (*Journ. des malad. cut. et syph.* 1891. S. 587.) Eine „Plauderei" nennt der

Verfasser selber seine Ahhandlung. Es ist allerdings kein schweres wissenschaftliches Geschütz, das er vor uns auffährt, wohl aber unterhält er uns in anregender Weise über ein sehr lehrreiches Kapitel aus der Geschichte der Syphilis. Es ist sehr gut, wenn wir uns zuweilen vergangene Irrtümer vergegenwärtigen. Sie legen uns die Frage nahe, ob unser heutiges Wissen denn so unbedingt feststeht, eine Frage, die für die Theorie der Syphilis gewifs nicht bejaht werden kann. Und so sollen wir denn auch die irrigen Anschauungen von Hunter und Ricord über die wahre Natur des Schanker nicht belächeln und sollen über die Träumereien Diday's, Auzias-Turennes und Sperinos, die da glaubten, eine Schutzimpfung gegen die Syphilis gefunden zu haben, nicht hochmütig die Achseln zucken. Alle drei gingen sie von der Hunter-Ricordschen Lehre aus, dafs es nur eine Form des Schankers gebe, der aber individuell verschieden verlaufe, bei dem einen schnell heile, bei dem anderen sekundäre Erscheinungen bedinge.

Diday nahm an, die Syphilis werde durch das Blut übertragen, und suchte daher in letzterem den Heilfaktor gegen die Lues. Er impfte 16 mit Schanker behaftete Individuen mit dem Blute, das aus der Haut über einer syphilitischen Periostitis stammte, und hatte den scheinbaren Erfolg, dafs von seinen 16 Impflingen nur einer sekundäre Erscheinungen darbot — weil nur dieser eine einen harten Schanker hatte.

Auzias-Turenne (1844) experimentierte namentlich mit Affen und glaubte, gefunden zu haben, dafs, wenn man ein Tier nacheinander wiederholentlich mit Schankergift impfte, das nächstfolgende Geschwür immer schwächer sich erwies, als das vorauf-gegangene, bis schliefslich das Tier gegen Syphilis immun — syphilisiert — war, und Sperino in Turin endlich übertrug diese Versuche 1851 auf den Menschen und behauptete, wie gegen die Pocken, so sei nun auch gegen die Syphilis ein sicheres Schutzmittel gefunden. Man brauche die Menschen nur so lange mit Schankergift zu impfen, bis kein Geschwür mehr aufginge. Freilich konnte das zuweilen recht lange dauern, und Dubois-Havenith weifs von einem Arzt zu berichten, der nach 2200 (!) Impfungen noch nicht bis zur Syphilisation vorgedrungen war! Zum guten Glück fand übrigens Sperino mit seiner Lehre wenig Anklang, und in Ricord erstand ihm ein heftiger Gegner, sonst wäre seine gute Absicht vielleicht in ihr Gegenteil umgeschlagen und hätte für die Verbreitung der Syphilis in einem Jahr mehr geleistet, als die wildeste Prostitution in Jahrzehnten vermocht hätte.

Türkheim-Hamburg.

Von den Ursachen des Irrtums bei der Diagnose der Syphilis, von F. Buret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 621 ff. und S. 646 ff.) Die Verwechselung syphilitischer Affektionen mit anderen Erkrankungen gehört nicht gerade zu den Seltenheiten. Es liegt das teils, wie Buret hervorhebt, in der Natur der Krankheit, teils in den wissentlich oder unwissentlich falschen Angaben der Patienten; und es gehört häufig viel Erfahrung und Takt dazu, um nicht in grobe Irrtümer zu verfallen. Ja, bisweilen erscheint eine falsche Diagnose kaum vermeidbar, und B. ist ehrlich genug, sich selber zu einer solchen zu bekennen (S. 676). Es handelte sich um ein ulzeriertes Gumma der Unterkiefergegend, das er für einen Anthrax hielt und schon im Begriff stand zu kauterisieren.

Die Arbeit bringt 32 teils eigene, teils fremde Beobachtungen und zerfällt, entsprechend den drei Abschnitten der Syphilis, in drei Teile. Im ersten werden die Irrtümer, die beim primären Schanker vorkommen können, verhandelt. Das Geschwür kann, selbst bei normalem Sitz, verkannt werden, oder es kann so unbedeutend sein, dafs man es erst bei der allergenauesten Untersuchung entdeckt. Völlig heikel wird aber die Diagnose, wenn es sich um extragenitale Schanker handelt, da derselbe hier oftmals eigentümliche Formen annimmt. Zwei kurz mitgeteilte Fälle, in denen ein

Schanker der Unterlippe für Krebs gehalten wurde, dienen als Beleg. — Eine andere Möglichkeit des Irrtums liegt in dem, nicht so ganz seltenen, abnormen Verlauf des Schankers, indem die Verhärtung erst viel später als gewöhnlich oder auch wohl gar nicht erfolgt, während andererseits zuweilen auch ein weiches Geschwür verhärten kann. Auch läfst der Ausbruch der allgemeinen Syphilis oft lange auf sich warten. So werden aus der Litteratur zwei Fälle mitgeteilt (S. 654), in denen nach $2^1/_2$ bezw. 3 Jahren sich noch keine Roseola gezeigt hatte. Verf. nimmt für derartige Fälle einen ganz abortiven Verlauf des sekundären Stadiums an und hält den Ausbruch tertiärer Symptome nach 15, 20, 25 Jahren keineswegs für ausgeschlossen.

Auch im sekundären Stadium der Syphilis sind diagnostische Irrtümer möglich, wenn z. B. charakteristische Symptome fehlen oder verheimlicht werden. Andererseits giebt der Herpes vulvaris, wie er namentlich zur Zeit der Menses, aber auch im Beginn einer Schwangerschaft aufzutreten pflegt, des öfteren zur Verwechselung mit Syphilis Anlafs. Alle diese Irrtümer hält Buret, und mit ihm gewifs auch der Leser, der die beigegebenen Krankengeschichten überfliegt, für entschuldbar. Dafs aber der unter Fieber und heftigem Kopfschmerz einhergehende Ausbruch der Allgemeininfektion mit nachfolgender Roseola wochenlang für Typhus angesehen und dementsprechend behandelt wird, das findet selbst bei dem milde urteilenden Verfasser keine Nachsicht mehr.

Im tertiären Stadium ist namentlich die Verwechselung syphilitischer mit andersartiger Tumoren naheliegend, was wiederum durch mehrere Beispiele beleuchtet wird, deren eines bereits im Eingang dieses Referats Erwähnung fand.

Den Schlufs der gedankenreichen Abhandlung bildet ein kurzer Hinweis auf das Vorkommen frisch erworbener Syphilis im zartesten Kindesalter.

Türkheim-Hamburg.

Frühzeitiger Morbus Brightii nach Syphilis, von Lacorché und Talamon. (*La méd. moderne.* 1891. 10. November.) Ein 28jähriger Mensch infiziert sich, wird aber sofort antisyphilitisch behandelt; trotzdem tritt $^1/_4$ Jahr später Ödem des Gesichts und der Füfse unter gleichzeitiger Eruption von Schleimpapeln auf. Reichliches Eiweifs im Urin. Nach weiteren 5 Monaten typische Symptome von Morbus Brightii unter starker Zunahme des Albumens und Auftreten von Syphiliden im Mund und in der Hohlhand. Die eingeleitete antinephritische Behandlung verschlimmert die Krankheit, während dieselbe sich unter 3monatlicher spezifischer Behandlung besserte. Nach Aussetzung der Schmierkur trat abermalige Verschlimmerung auf, so dafs man die Behandlung weitere 2 Monate hindurch fortsetzte. Es trat dann vollkommene Heilung ein, die auch jetzt noch 3 Jahre nach dem Schwinden der Symptome anhält.

Hieraus folgern die Verf., dafs auch frische Syphilis Nephritis hervorrufen kann, dafs es also einen Morbus Brightii acutus syphiliticus giebt, dafs derselbe chronisch werden kann, aber bei frühzeitiger ausgedehnter Schmierkur heilbar ist. Die Symptome sind dieselben wie bei der grofsen weifsen Niere. *P. Taenzer-Bremen.*

Über die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie von Dr. James Israel. (*Dtsch. med. Woch.* No. 1. 1892). Bis jetzt kennen wir 2 Formen syphilitischer Nierenaffektionen: 1. Die der interstitiellen Nephritis, 2. die Bildung von Gummigeschwülsten in der Niere. Letztere erreichten in den bisher bekannten Fällen eine so geringe Gröfse, dafs sie in klinischem Sinne nicht als Geschwülste betrachtet werden konnten, indem sie sich der Palpation entzogen. I. hat Fälle beobachtet, bei denen geschwulstartige Vergröfserungen der Niere bei einfach syphilitisch entzündlichen, nicht gummösen Prozessen vorkamen, welche leicht der Verwechselung mit anderen Neubildungen unterliegen können; auch können destruktive Vorgänge mit Fistelbildungen in gummös entarteten Nieren operatives Einschreiten erfordern. Hierzu bringt I. einige Beispiele: so entwickelt sich im

ersten Fall bei einer 23jährigen Frau im 4. Jahre nach einer syphilistischen Infektion unter den subjektiven Erscheinungen einer Nephritis (Schmerz, Durst, häufiger Harndrang) ein Nierentumor, welcher 4 Wochen nach Beginn der Krankheit ungefähr das dreifache Volumen einer normalen Niere zeigt. Um diese Zeit hat der Urin alle Charaktere des Schrumpfungsurins (vermehrte Menge 2800, niedriges spez. Gewicht von 1005—1007, spärliche Eiterkörper, einige Nierenepithelien, einmal ein hyaliner Cylinder, bald Spuren von Albumin bis ¼ ‰, bald keine). Dem Urin sind auffällig viel Epithelfetzen der Harnwege beigemischt. Unter dem Gebrauch von Jodkalium verkleinert sich der Tumor, und verschwindet seine Fixation. Die andere Niere bleibt intakt. Der anatomische Befund zeigt starkes Ödem der Niere und das Übergreifen des entzündlichen Prozesses von der Niere auf ihre Umhüllungen, durch knotige, fibröse Verdickung der Capsula propria, durch sülzig ödematöse Infiltration der Capsula adiposa und des die Hilusgefäfse nebst dem Ureter umhüllenden Bindegewebes, im Verein mit der ödematösen Durchtränkung der entzündlich vergröfserten Niere kam der fühlbare Tumor zu stande.

Der 2. Fall betraf einen 39jährigen Patienten, bei dem eine gummöse Degeneration der Niere mit Fistelbildung bestand, wobei man bei der Exstirpation eine verkleinerte Niere innerhalb dicker paranephritischer Schwarten fand.

L. Hoffmann-Berlin.

Syphilis und deren Beziehung zur Heilung chirurgischer Läsionen von G. F. Lydston. (*Med. News.* Dez. 26. 1891.) Verf. wendet sich gegen die viel verbreitete Ansicht, dafs das Vorhandensein einer sekundären Syphilis die Vornahme chirurgischer Operationen unter allen Umständen kontraindiziere. Die Ursache eines ungünstigen Ausganges solcher Eingriffe bei Syphilitischen sind hauptsächlich dreierlei: 1. Intensive syphilitische Kachexie als Folge eines langwierigen Sekundärstadiums, 2. Quecksilbermifsbrauch, 3. Alkoholismus, eine sehr häufige Komplikation. Operationen am Munde, dem Nasopharynx und Rachen gaben unerfreuliche Resultate. Dagegen schildert Verf. ein paar Fälle, bei denen er wegen syphilitischer Knochennekrose mit bestem Erfolg operierte. *Philippi-Nicheim.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Weitere Beobachtungen über die Behandlung von Alopecie mit Jod-Kollodium, von Chatelain. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891, S. 605.) Seit seiner letzten diesbezüglichen Veröffentlichung hat Verf. 34 neue Fälle von Alopecie in Behandlung bekommen, die teils schon recht lange bestanden hatten und mit anderen Mitteln mehr oder weniger erfolglos behandelt waren. 15 von diesen Fällen entzogen sich bald wieder seiner Beobachtung; bei acht hat das Verfahren noch nicht ganz zum Ziele geführt, während die letzten 11 seit Jahren, bezw. seit Monaten bereits völlig geheilt sind. Ein Rückfall ist bislang nicht vorgekommen.

Die kahlen Stellen wurden mit Sublimat-Lösung gewaschen und alsdann mit dem Jod-Kollodium im Verhältnis von 1 : 30 bestrichen. Den Kranken wurde die Berührung der Stellen strengstens untersagt. Nach einigen Tagen stiefs sich die Kollodium-Schichte von selber ab und wurde durch eine neue ersetzt. Das wurde so lange wiederholt, bis die Heilung vollendet war.

Verfasser geht von der Annahme aus, dafs die Alopecie eine parasitäre Erkrankung sei, und dafs es sich dabei um einen aeroben Mikroben handle, dem durch den völligen Luftabschlufs die Lebensbedingungen entzogen würden. In dem Erfolg der Behandlung sieht er zugleich eine Stütze für seine Annahme. *Türkheim-Hamburg.*

Über den Nutzen frühzeitiger Operation bei der Leukokeratose des Mundes und der Vulva, von L. Perrin. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 826.) Verf. nimmt den von E. Besnier für Leukoplasia eingeführten Namen Leukokeratose an. Er tritt mit Nachdruck für eine frühzeitige Operation bei dieser Neubildung ein, da ihre Umwandlung in ein Epitheliom erwiesenermafsen häufig vorkommt. Zum Belege führt er teils eigene Fälle, teils solche aus der Litteratur an. Je früher operiert wird, desto besser; man soll nicht erst warten, bis die Leukoplasie geschwürig zerfällt. Als bestes Operationsverfahren empfiehlt es sich, die weifsen Plaques mittels Thermo- oder Galvanokauter von der Schleimhaut abzuschälen.

Türkheim-Hamburg.

Stomatitis impetiginosa, von Sevestre et Gastrou. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 868.) Es handelt sich bei dieser Erkrankung um das Vorkommen von diphtheritisartigen Plaques auf der Wangen-, Lippen- und Gaumen-Schleimhaut. Die Unterlippe wird vorzugsweise befallen. Die Autoren haben die Krankheit nur bei Kindern, häufig gleichzeitig mit Impetigo, beobachtet; sie fanden dabei regelmäfsig den Staphylococcus pyogenes aureus sowohl auf den Plaques, wie in den Impetigo-Pusteln. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Die Invasion des Klebs-Löfflerschen Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen, ven Spronck. (*Centrbl. f. allg. Path.* III. Bd., Nr. 1.) Veranlafst dadurch, dafs bei Impfungen mit Klebsschen Bacillen dieselben im Unterhautbindegewebe gut gedeihen, ferner dadurch, dafs bei intratrachealen Impfungen von Kaninchen sich ein Ödem der vorderen Halsgegend entwickelte, welches reichlich diese Bacillen enthielt, suchte Verfasser nach ähnlichen Fällen beim Menschen. Er fand bei drei kurz nach der Tracheotomie gestorbenen Diphtheritischen ein oft gar nicht sehr auffälliges Ödem der Halsgegend, welches, von klarer, gelblicher Beschaffenheit, in Mengen, teilweise in Reinkultur die obengenannten Bacillen enthielt. Da die Tracheotomiewunde nicht belegt aussah, nimmt Verfasser an, dafs die aus der Trachea in die Subcutis geschobenen Bacillen sich dort weiter entwickeln, während sie an der Oberfläche durch die Desinfizientien abgetötet werden. Diese Fälle geben eine schlechte Prognose quoad vitam, da das von den Bacillen gebildete Toxalbumin im subkutanen Bindegewebe rascher zur Resorption kommt. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung des Erysipels, von D. Nikolski. (*Russkaja Medizina.* No. 22. 1891.) Des Verf. Methode ist folgende: Nachdem der Kranke gebadet ist und die erysipelatösen Stellen mit 1 bis 2% Sublimatlösung abgerieben sind, werden die letzteren mit einer Lösung von Kampfer in Alkohol und Äther bis über die Grenzen hinaus bepinselt und in Watte eingewickelt. Die Pinselungen sind 1- bis 2stündlich vorzunehmen. Heilung in 2 bis 3 Tagen. Verf. glaubt, dem getäfsverengenden Äther den Hauptanteil zuweisen zu müssen. (Nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. Nr. 10.)

P. Taenzer-Bremen.

Einfluſs der vasomotorischen Störungen auf die Entwickelung des Erysipels. (*Semaine méd.* Nr. 20. 1890). Kaninchen wurden in beide Ohren symmetrisch mit Erysipelstreptokokken geimpft; alsdann wurde auf der einen Seite das Ganglion cervicale supremum exstirpiert. Es zeigte sich nun, dafs das Ohr, dessen zugehöriges Ganglion entfernt worden, am 6. bis 8. Tage bereits geheilt war, während auf der unverletzten Seite die Krankheit noch in floridem Stadium sich befand.

Durch die Durchschneidung des Sympathicus wird die Diapedese befördert, es wandern also auf der durchschnittenen Seite 40- bis 50mal mehr Leukocyten aus, welche nun den Kampf mit den Bakterien aufnehmen. (Ebendaselbst.)

P. Taenzer-Bremen.

Einfluſs des Erysipels auf bösartige Geschwülste von W. B. Coley (*Annales of surgery* 10/1891). Die Erfahrungen des Verfassers erstrecken sich auf 9 Fälle von Sarkom, von denen einer (5 mal operiert) schlieſslich durch ein dazu kommendes Erysipel dauernd geheilt (7 Jahre sind seitdem verflossen) wurde; 4 weitere Fälle wurden gleichfalls geheilt, soweit man bis jetzt von Heilung sprechen kann, 4 ge bessert und einer befindet sich noch in Behandlung.

Die Wirkung der Erysipelkokken auf die Sarkomzellen erklärt sich Verfasser entweder als eine direkt die letzteren zerstörende, oder als eine durch die hohe Temperatur die Sarkomzellen zur fettigen Degeneration und Resorption bringende oder endlich als eine direkt antagonistische, indem die Sarkomzellen als parasitären Ursprungs anzusehen sind. *P. Taenzer-Bremen.*

Fall von Heilung eines rezidivierenden Erysipels von H. Lavrand. Eine 34jährige Wärterin wurde während der Menses, manchmal sogar mehrmals monatlich, von einem Erysipel oder Erysipeloid befallen, welches unter Erbrechen am Nasenflügel begann und bald leichter, bald schwerer auftrat. Nachdem die adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes entfernt waren, sistierte die Krankheit von selbst. Eine galvanokaustische Behandlung der chronisch hypertrophischen Nasenmuscheln war erfolglos geblieben. (*Journ. des sciences méd. de Lille* 1891). *P. Taenzer-Bremen.*

Die Exstirpation des Karbunkels von Professor Riedel (*Dtsch. med. Woch.* Nr. 27. 1891). Infolge der häufiger im Anschluſs an Karbunkel auftretenden Metastasen (Verfasser schildert einige hierher gehörige Fälle von Metastasenbilbung im Auge, in der Lunge und im Gehirn) hat sich der Verfasser entschlossen, die Karbunkel möglichst frühzeitig zu exzidieren. Das Verfahren ist folgendes: Von der Peripherie des Karbunkels werden vier Schnitte nach der Mitte des Karbunkels gemacht, die jedoch kurz vor dem Karbunkelpfropf endigen, so daſs das Centrum nicht getroffen wird. Die vier centralen Enden der Schnitte werden durch einen Kreisschnitt verbunden, der um den Karbunkelpfropf herumgeht. Dann werden die dadurch entstandenen vier Hautlappen abgelöst, das ganze Karbunkelinfiltrat von der Muskelfascie abgelöst und in toto entfernt. Die dadurch entstandene heftige Blutung wird tamponiert (möglichst wenig umstochen), die groſse Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Am andern Tage Entfernung der letzteren und Anlegung eines gewöhnlichen Wundverbandes.

Heiſse Brei- und antispeptische Umschläge verwirft Verfasser, weil sie die Weiterverbreitung begünstigen. Nächst der Entfernung des Primärherdes und der Vermeidung einer Allgemeininfektion werden der Methode geringer Verlust von umgebender Haut, rasche Heilung und gute Narbenbildung nachgerühmt.

P. Taenzer-Bremen.

Progressive Ernährungsstörungen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Dtsch. med. Woch.* 1891. No. 50) berichtete Schlange, nachdem Schleich ein 2jähriges Kind mit einem angeborenen Tumor der Achselhöhle, den er als **Lymphangiom** ansieht, vorgestellt hatte, über einen ähnlichen Fall, bei dem der Tumor früher inzidiert war, wobei viel Lymphe ausfloſs; er war dann gewachsen, und es stellte sich bei der Operation heraus, daſs die Lymphräume unter den M. pectoralis und deltoideus reichten, und daſs ein Stiel nach dem Mediastinum hin bestand. Die Operation verlief glücklich. *F. Hahn-Bremen.*

Ein merkwürdiger Fall von Dermatolysis der Kopfschwarte verbunden mit Fibroma fungoides am Körper und den Extremitäten bei einem Neger,

von J. J. Lamprey. (*Brit. med. Journ.* 23. Jan. 1892.) Ein 50jähriger Eingeborener von Sierra Leone zeigte (wie aus der Photographie ersichtlich) eine enorme, etwa zwölf Pfund schwere Geschwulst am Hinterkopf. Dieselbe besteht aus der abgelösten und elephantiastisch verdickten, beweglichen Kopfschwarte und hängt wie ein dicker Beutel auf die Schultern und den Rücken bis zum Angulus scapulae herunter. In den letzten Jahren sei der Tumor erheblich gewachsen und verursache bedeutende Beschwerden. Daneben bestanden kongenitale multiple Fibrome fast der ganzen Haut.

Philippi-Nieheim.

Ein eigentümlicher Fall von Sarcoma pigmentosum cutis, von Ph. S. Abraham. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1892.) Der berichtete Fall scheint ein Unikum zu sein. Bei einer 50jährigen, verheirateten Frau entwickelten sich im Laufe von etwa 8 Monaten diffuse, pigmentierte, knotenförmige Geschwülste am Gesicht und dem übrigen Körper in solcher Ausdehnung, dafs ersterer Körperteil bis auf Nase und Oberlippe vollständig davon eingenommen war und bei dem komplizierten Ödem ein geradezu entsetzliches Bild darbot. Neun Monate nach Beginn der Affektion starb die Patientin an Erschöpfung und Bronchitis. Eine vollständige Obduktion wurde nicht gestattet; die Untersuchung einzelner Stückchen der Neubildung ergab an den verschiedenen Stellen verschiedene Verhältnisse. Im allgemeinen konnte die Affektion als ein pigmentiertes Sarkom bezeichnet werden, doch mit gewissen Abweichungen von dem gewöhnlichen melanotischen Sarkom. Intra vitam konnte der Fall mit Lepra verwechselt werden und war thatsächlich von mehreren Ärzten als solche diagnostiziert worden.

Philippi-Nieheim.

Übertragungsversuche mit Sarkom- und Krebsgewebe des Menschen auf Tiere von Fischel. (*Fortschritte der Medizin*, 1892, Nr. 1.) Die Versuche wurden in der Art vorgenommen, dafs Stückchen der Tumoren sofort nach der Exstirpation Ratten unter die Haut implantirt, in die Bauchhöhle versenkt oder verrieben in die Femoralvene injiziert wurden. Wenngleich die Resultate in betreff der Übertragbarkeit durchweg negativ ausfielen, so ergaben die Experimente doch eine Anzahl interessanter Momente. So zeigte es sich, dafs sämtliche in die Bauchhöhle versenkte Tumoren nach kurzer Zeit vom Netz umschlossen waren, während nur in einzelnen Fällen das von anderen Autoren beobachtete Eindringen von Fibrinfäden in das Innere der Geschwulst konstatiert werden konnte. Immer fand sich aber hier eine starke Durchfeuchtung und eine ausgedehnte Einwanderung von Leukocyten. Die Flüssigkeitsmenge und Ansammlung von Leukocyten nahm im Laufe der Zeit immer mehr zu, so dafs das Volumen der Geschwulstpartikeln sich bis auf das Doppelte vergröfserte. Mikroskopisch entsprach dem auch eine Aufquellung der zelligen Elemente und eine Trennung der Kontinuität der Gewebsteile durch Wanderzellen. Das Pigment von Melanosarkomen war nach 3 Wochen vollständig geschwunden und konnte auch in den benachbarten Lymphdrüsen nicht aufgefunden werden. Die Leukocyten schienen bei ihrem Eindringen nach dem Centrum hin immer mehr zu Grunde zu gehen. Die Veränderungen der in die Haut implantierten Stückchen waren den an versenkten Partikeln beobachteten sehr ähnlich, nur war die Durchfeuchtung nicht so auffallend, so dafs die völlige Aufsaugung sehr rasch von statten ging. Die negativen Erfolge der Versuche sind nach Ansicht des Verfassers abhängig von der chemischen Einwirkung des lebenden Rattenblutserums auf die zelligen Elemente der implantierten Tumoren; aufserdem wäre zu erwägen, ob es sich bei den verschiedenen für das Krebsvirus empfänglichen Tiergattungen nicht um verschiedene Arten des supponierten Infektionsträgers handeln könnte.

Reunert-Hamburg.

Ein Fall von Akromegalie von Litthauer (*Dtsch. med. Woch.* 1891, Nr. 47). Der Pat. bemerkte vor 13 Jahren, nachdem er eben seine Militärzeit vollendet hatte,

ein allmähliches Wachstum seiner Hände und des Gesichts, das vor etwa zwei Jahren zum Stillstand kam. Das Gesicht ist im Verhältnis zum Schädel sehr grofs, der Unterkiefer 13½ cm lang, sein aufsteigender Ast 9¼ cm lang, und die untere Zahnreihe überragt die obere um etwa 1 cm. Besonders auffallend sind die tatzenförmigen Hände; auch die Füfse sind sehr grofs. Von Thyreoidea und Thymusdrüse nichts nachzuweisen. Im übrigen fühlt Pat. sich vollkommen wohl, speziell ist der Sexualtrieb normal. An den inneren Organen ist nichts Abnormes nachzuweisen, nur ist der Hämoglobingehalt des Bluts auf 40 % des normalen herabgesetzt. Über die Ätiologie konnte Verf. nichts eruieren. *F. Hahn-Bremen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sklerodermie (Sclerema adultorum), von A. Eulenburg. (*Neurol. Centralbl.* 1892, No. 1.) Beobachtungen über den galvanischen Leitungswiderstand bei ausgesprochen pathologischen, zirkumskripten oder diffusen Verdickungen des Hautorganes liegen, aufser bei einem von Tiemann beobachteten Falle von Myxödem, in welchem derselbe erhöht war, bisher nicht vor. V. berichtet nun über die Ergebnisse der Prüfung des galvanischen Leitungswiderstandes der Haut bei mäfsig vorgeschrittenem, besonders an Händen und Vorderarmen diffus entwickeltem und fast ganz symmetrischen Sklerem einer dreiunddreifsigjährigen Frau, welches angeblich seit ungefähr einem Jahr bestand, ziemlich gleichzeitig von beiden Händen ausging und mit ziehenden, spannenden und brennenden Empfindungen in denselben begann. Finger und Hände wurden allmählich starr, ihre Bewegungen erschwert, die Haut wurde blaurötlich verfärbt, glänzend, starr und eiskalt. Ähnliche Veränderungen entwickelten sich fortschreitend auch an den Vorderarmen, sowie fleckweise an Oberarmen, Schultern und selbst im Gesicht. Dabei waren Kopf- und Rückenschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses, Schwindel, Schlaflosigkeit, Herzklopfen bei anstrengenden Bewegungen begleitende Allgemeinsymptome. Der in drei wöchentlichen Zwischenräumen regelmäfsig eintretenden Periode sollen öfters stärkere, besonders im linken Arm ausstrahlende Schmerzen voraufgehen. Bei der Prüfung war die Haut an den diffuserkrankten Bezirken im allgemeinen lederartig glatt, glänzend, braun- oder blaurot, stellenweise (namentlich an der Beugeseite, der Hand und den Fingern) stärker bräunlich pigmentiert, straff gespannt, hart und unabhebbar. Die Finger standen in leichter Flexion, waren dick und von eisiger Kälte, während an andern Stellen die Temperaturherabsetzung weniger ausgesprochen war. Keine Störung der Schweifsproduktion im Handteller, vielmehr ziemlich reichliche Absonderung. Hautsensibilität kaum verändert, dagegen lästige Gefühle von Brennen bei der warmen Zimmertemperatur und lebhafterer Schmerz in der Kälte. Für elektrische Reize stellenweise ziemlich hochgradige Empfindlichkeit. Die Muskelfunktionen zeigten sich, soweit nicht die Verdickung und straffe Spannung der Haut besonders an Hand- und Fingergelenken ein mechanisches Hindernifs bildete, ebenso die Reizbarkeit der Nervenstämme und Muskeln, unverändert.

Die relativen Widerstandsminima an den einzelnen Hautstellen wurden vermittelst einer Batterie von 10 Zink-Kohlen-Braunsteinelementen gemessen. Die Bestimmung der Widerstände erfolgte durch Substitution mittelst zweier in den Stromkreis geschalteter Müllerscher Rheostaten, in einzelnen Fällen auch durch die von Pascheles empfohlene Methode der Berechnung nach dem Gesetz der Zweigströme.

Aus einer Tabelle, welche die relativen Widerstandsminima für symmetrische sklerematöse und sklerematfreie Hautstellen der rechten und linken Körperhälfte, sowie die in genau übereinstimmender Weise ermittelten Widerstandswerte einer gesunden, weiblichen Kontrollperson von gleichem Alter und durchaus normaler Hautbeschaffenheit enthält, ergiebt sich, dafs bei der Patientin gerade an den diffus-sklerematösen Hautbezirken die relativen Widerstandsminima wesentlich höhere Zahlenwerte erreichten, als bei der gesunden Kontrollperson, während an den leicht und fleckweise erkrankten Stellen und an den bisher verschonten Hautbezirken nur sehr viel geringere, unerhebliche Differenzen gefunden wurden und stellenweise sogar die noch unversehrte Haut der Sklerembkranken etwas geringeren Leitungswiderstand darbot. Die jedenfalls bestehende diffuse Bindegewebserkrankung der Haut mit mehr oder weniger intensiver Beteiligung der übrigen Gewebselemente, die vielleicht auf einer schweren Cirkulationsbehinderung (Lymphostase) beruht, bieten genügende Erklärungsmomente für eine beträchtliche Steigerung des Hautwiderstandes, oder vielmehr für die abnorm verminderte Widerstandabnahme in den sklerodermischen Bezirken. Beachtenswert erscheint auch die Thatsache, dafs die Steigerung des Hautwiderstandes an den Handtellern trotz der reichlichen Schweifssekretion daselbst am ausgesprochensten war. Dies steht in auffälligem Widerspruch mit der beliebten Annahme, dafs die bei Basedowscher Krankheit beobachtete Widerstandsverminderung wesentlich auf der Durchfeuchtung der Haut infolge profuser Schweifssekretion solcher Kranken beruhe. *Strauſs-Hamburg.*

Histologische Untersuchungen über die Alopecie von Sébastien Giovannini *(Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 921—957.) G. faſst die Ergebnisse seiner fleifsigen und inhaltsvollen Untersuchungen in 19 Schlufssätzen zusammen, die zum Teil schon Bekanntes bestätigen, anderenteils aber auch manches Neue bringen oder Behauptungen anderer Forscher widerlegen. Nun ist z. B. der Befund, dafs die Alopezie immer mit einer Leukocyten-Infiltration in die Haarfollikel und deren Nachbarschaft beginnt, eine Infiltration, die auch im zweiten Stadium der Krankheit, während des eigentlichen Haarschwunds, bestehen bleibt; dieselbe sitzt mit Vorliebe um die Gefäfse des unteren Teils des Haarbalgs. G. sieht diesen Vorgang als einen entzündlichen an und bezeichnet ihn als **Folliculitis pilaris profunda.**

Die Folge hiervon ist eine Degeneration sämtlicher Haarzellen, in deren Verlauf G. drei Grade unterscheidet, die häufig zur Spaltung des Haares an den degenerierten Stellen, zum Schwund des Zellpigments, zur Zerstörung des Bulbus und schliefslich zum Ausfallen des Haares führt. Bei vielen Haaren kommt es auch zur Bildung einer abnorm grofsen Höhle.

Nach dem Ausfallen des Haares unterliegt der Follikel einer meistens mäfsigen Atrophie, die aber doch in seltenen Fällen bis zur völligen Atresie zu führen vermag. Meistens bildet sich im Balg ein neues Haar, das aber, so lange die Leukocyten-Infiltration bestehen bleibt, das Schicksal seines Vorgängers teilt. Vereinzelt kommt es auch nur zur Bildung von Milchhaaren.

Bei langjährigem Bestand des Leidens atrophieren die Talgdrüsen und können auch gänzlich schwinden, während die Schweifsdrüsen vereinzelt kolloid entarten können. — Eine von anderer Seite behauptete Hypertrophie der Talgdrüsen hat G. nie beobachtet.

Drei sauber ausgeführte Farbendruck-Tafeln tragen wesentlich zur Erläuterung bei. *Türkheim-Hamburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Zwei Fälle von Melanodermie mit Pigmentation der Mundschleimhaut bei Phtisiatikern, von G. Thibierge. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*; Sitzung vom 18. Dez. 1891.) — Die 59 und 70 Jahre alten Patienten zeigten neben der Anwesenheit zahlreicher pediculi vestimentorum und auf einer allgemein etwas tiefer pigmentierten Haut eine gröfsere Anzahl gelblich-brauner bis brauner Flecken von verschiedener Gröfse, scharf umschrieben, die an verschiedenen bedeckten Stellen des Körpers, besonders aber in dessen oberer Hälfte sowie auf der Mundhöhlenschleimhaut (hier weniger scharf abgegrenzt) aufgetreten waren. Bei dem einen der Patienten war aufser anderen Krankheiten auch Malaria vorangegangen. Bei beiden war der Urin frei von Eiweifs und Zucker, und konnte mit Sicherheit Diabetes und Addisonsche Krankheit ausgeschlossen werden.

Je einen ähnlichen Fall haben seinerzeit Greenhow (*Transact. of the Clinic. Society of London.* V. p. 46. 1876) und Besnier (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1880. p. 569) mitgeteilt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mifsbildungen.

Ein Fall von Polymastie beim Manne, von E. Evelt. (Inaug.-Diss. München 1891.) Verf. fügt den bekannten, von Leichtenstern zusammengestellten einen neuen Fall bei; es fanden sich bei einem anämischen, in schlechtem Ernährungszustand befindlichen jungen Manne zwei accessorische Papillen mit rudimentärer Drüsensubstanz unterhalb der Mamillarlinien. Verf. erklärt sie im Anschlufs an Leichtenstern als Rückschlag auf unsere niedrig organisierten, mehrbrüstigen Urahnen. Jedenfalls kommen sie viel häufiger vor, als man im allgemeinen annimmt.

F. Hahn-Bremen.

In der Berliner anthropologischen Gesellschaft (Sitzung vom 14. Febr. 1891) stellte Herr M. Bartels eine **bärtige Dame** vor. Die Bartbildung beim weiblichen Geschlecht ist nicht immer gleichwertig; es kann ein sogenanntes Bärtchen vorhanden sein, bei jungen brünetten Damen sind die Wollhaare der Oberlippe und vor dem Ohr stärker entwickelt und dunkler pigmentiert, als normal; oder es treten bei Frauen nach den Wechseljahren dünngesäte, borstenähnliche Haare auf; oder es ist Hypertrichosis universalis (Haarmenschen) vorhanden. Der vierte Typus wird durch die Vorgestellte erläutert: eine echte Heterogenie der Behaarung: Schnurr-, Backen- und der bis zur dritten Rippe reichende Kinnbart dicht, braun, wie beim Manne. Im übrigen weiblicher Typus, Kopfhaar reicht bis zu den Fersen; äufsere und innere Genitalien von normal weiblicher Natur. Bei dieser Dame ist keine Konzeption bisher eingetreten (sie soll 26 Jahre alt sein), wie das bei Leidensgenossinnen von ihr sonst beobachtet ist. *F. Hahn-Bremen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Harnröhrenstriktur und deren Behandlung von L. B. Bangs. (*Med. News.* Dec. 12. 1891.) Die Striktur kann nicht nach absoluten Zahlen definiert werden, sondern es mufs jede Verengerung der Harnröhre, welche ein Mifsverhältnis zur Gröfse des Penis darstellt, als Striktur bezeichnet werden. Verf. hat häufig genug beobachtet, dafs auch solche geringe Verengerungen, welche immer noch ziemlich dicke Sonden durchliefsen, die Ursache erheblicher Beschwerden bildeten, und dafs letztere nach operativer Beseitigung der Anomalie prompt ausheilten. Allerdings können bekanntermafsen geringfügige Strikturen oft ohne allen Nachteil bis zum Tode der Patienten

fortbestehen. Stets muſs man sich hierbei unter anderem gegenwärtig halten, daſs der Umfang der Urethra an der Pars spongiosa ebenso wie am Meatus enger ist als an der Pars bulbosa. Aufser bei ganz weichen Strikturen, welche durch allmähliche Dilatation geheilt werden können, empfiehlt Verf. stets die interne Urethrotomie, eventuell im Verein mit der externen zusammen. *Philippi-Nieheim.*

Zur Würdigung des Le Fortschen Verfahrens bei der Strikturbehandlung, von Dr. C. Posner. (*Berl. klin. Woch.* No. 1, 1892.) P. berichtet über 3 Fälle von Strikturen, die nach der Le Fortschen Methode von ihm mit Erfolg behandelt sind, und zwar stand der erste Fall zweifellos vor der Alternative innerer oder äuſserer Urethrotomie; der zweite bedurfte aus persönlichen Gründen einer raschen Besserung; im dritten Fall war der innere Harnröhrenschnitt schon früher für notwendig erkannt, wobei ein schneller Rückfall eingetreten war. Keine bis jetzt bekannte Methode hätte in allen diesen Fällen in gleich kurzer Zeit und gleich schonend gleich gute Resultate erzielt. Die Methode ist durchaus keine brüske Divulsion, aber dennoch bleibt sie nach P. vorläufig nur für eine bestimmte Kategorie von Fällen reserviert, und zwar vornehmlich als ein Versuch, die immerhin gefahrvolleren und eingreifenderen blutigen Methoden zu vermeiden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über den Wert der linearen Elektrolyse bei den Harnröhrenverengerungen, von Braquehaye. (*Revue chirurg.* No. 17, 1890.) Des Verf. Schlufsfolgerungen sind folgende:

1. In allen Beobachtungen war der durch die Operation erzeugte Schmerz gleich Null.

2. Bei jeder Operation hängt die Schnelligkeit derselben von der Länge, der Härte und dem Umfange der Verengerung ab. Eine lange Striktur erfordert selbstverständlich mehr Zeit, als eine kurze, eine harte mehr, als eine weiche. Im allgemeinen genügen 2—3 Minuten. Eine enge Striktur ist leichter zu behandeln, als eine weite.

3. Die Blutung ist viel unbedeutender, als bei der Urethrotomie.

4. Der Kranke hat bei der Operation nicht Bettlage nötig; indessen ist es demselben zu empfehlen, sich 24—48 Stunden ruhig zu verhalten, um etwaige Komplikationen zu vermeiden.

5. Da die Elektrolyse keines Verweilkatheters bedarf, so können Fieberzustände vermieden werden.

6. Niemals hatte diese Behandlung Fieber oder Störungen der Miktion zur Folge. *P. Taenzer-Bremen.*

Elektrolyse und Harnröhrenstrikturen, von P. Delagénière. (*L'élektrotherapie* No. 12, 1890.) Die Versuche dieses Verf. sind nicht sehr ermutigend, da sowohl nach der linearen, wie nach der langsamen Elektrolyse die Rezidive nicht lange auf sich warten liefsen. Die erstere hatte sogar noch häfsliche Komplikationen (Fieber, schwere Cystitis) zur Folge. Momentane Besserung war fast immer vorhanden, doch wurden verschiedene Fälle noch urethrotomiert. Die Wirkung bei der langsamen Elektrolyse führt Verf. auf die galvanokaustische Stromwirkung zurück. *P. Taenzer-Bremen.*

Auf dem X. internationalen med. Kongrefs berichtete J. A. Fort über sein (von uns schon an anderer Stelle ref.) **Verfahren zur linearen Elektrolyse** (Leitbougie, Ersatz des Messers bei dem Maisonneuveschen Urethrotom durch eine stumpfe Platinplatte, Schmerzlosigkeit, kurze Dauer der Operation, günstiges Resultat, Anwendbarkeit bei allen Formen von Striktur). *F. Hahn-Bremen.*

Ebenda berichtet Newman über seine Methode der **Elektrolyse bei Behandlung der Striktur.** Er verwendet schwächere Ströme und operiert mit langen Intervallen, damit jeder entzündliche Reiz vorher geschwunden ist. Seine Instrumente sind fest, mit verschiedenen Ansätzen, je nach der Art der Striktur.

F. Hahn-Bremen.

Traumatische Strikturen, von P. Delagénière. (*Mercredi médical* 1890, No. 9, ref. *Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 12.) Verf. teilt 2 Fälle von Harnröhrenzerreifsung durch Verletzung mit, die infolge von Narbenschrumpfung zu hochgradiger Striktur führten. Guyon machte in beiden die innere Urethrotomie. *F. Hahn-Bremen.*

Über traumatische Strikturen der männlichen Harnröhre und deren Behandlung, von R. Romeycke. (Inaug.-Diss. München 1890.) Verf. verbreitet sich über traumatische Strikturen, und redet bei Besprechung der Therapie der Urethrotomia externa das Wort. Er schildert einen von v. Nussbaum operierten Fall.

F. Hahn-Bremen.

Die rasche Dilatation der Harnröhrenstrikturen, von P. Jetter. (Inaug.-Diss. Tübingen 1890.) Verf. beschreibt das an der Brunsschen Klinik geübte Verfahren zur Dehnung sehr enger Strikturen, welches, etwas modifiziert, in der Methode le Fort (oder Maisonneuves) besteht. Es ist die rasche, graduelle Dilatation, die Bruns in der Narkose macht. Nach Einführung einer Leitbougie wird an dieselbe ein konischer Katheter 9 Charrière geschraubt, die Leitbougie wird in die Blase geschoben und der Katheter durch die Striktur geführt, was meist leicht gelingt. Nachdem man ihn 5—10 Minuten hat liegen lassen, werden der Reihe nach 11, 15, 18, 22 eingeführt und nur aufgehört, wenn der Widerstand zu grofs wird. Blutung sehr gering; Komplikationen bis jetzt nicht vorgekommen; Erfolg komplett, wie Verf. an 4 Krankengeschichten zeigt. Notwendig ist, dafs die Patienten sich noch lange bougieren.

Die Methode ist am besten bei engen Strikturen, die der allmählichen Dilatation zu viel Widerstand entgegenstellen, am Platze, ferner, wenn schnell geholfen werden mufs. Vor der Divulsion und dem forzierten Katheterismus hat sie den grofsen Vorzug, schonend zu sein. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens, von E. v. Meyer. (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 25). Verf. fügt zu den 3 bekannten Fällen einen vierten. Ein junger Mann bekam beim Niesen plötzlich Schmerzen im rechten Hoden mit Kollapszuständen. Der Hoden war kaum vergröfsert, druckempfindlich und safs an der Apertura externa des Leistenkanals fixiert. Nach 42 Stunden Inzision; dieselbe ergab den Hoden abgeschnürt und die Tunica vaginalis mit klumpigem Blut gefüllt, infolge einer $1^1/_2$ fachen Axenumdrehung des Samenstranges. Spaltung der Tunika, Abwickelung, Drainage, Naht. Primäre Heilung. Der Hoden wurde nicht gangränös ausgestofsen. Diese Axendrehungen kommen meist bei mangelndem Mesorchium und verspätetem Descensus vor. Erleichtert werden sie dadurch, dafs der Strang für Gefäfse und Deferens meist vollkommen getrennt sind. Meist enden sie mit Gangrän des Hodens, da die Art. spermat. intern. Endarterie im Cohnheimschen Sinne ist; in diesem Falle kam es zur Nekrobiose, wahrscheinlich wegen des frühen Zeitpunktes der Operation: der Hoden ist narbig geschrumpft und wieder vaskularisiert worden. Bemerkenswert an diesem Falle ist noch, dafs der vorher atrophische linke Hoden allmählich zu normaler Gröfse hypertrophierte (cf. die Experimente Ribberts über kompensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen). *F. Hahn-Bremen.*

Varikocele und Neurasthenie von Wiederhold. (*Dtsch. med. Woch.* 1891. *Pacific Record.* Dez. 6. 1891.) Als unverkennbare Folge des Vorhandenseins von Varikocele hat Verf. vielfach ausgesprochene neurasthenische Zustände beobachtet, wie dieses auch von anderen Forscheren (Beard, Englisch) gelegentlich erwähnt wird. Die linke Seite war bei weitem am häufigsten affiziert, sowohl in Bezug auf die Varikocelenbildung als auch betreffs der nervösen Erscheinungen, insofern dieselben sich als Neuralgien, Parästhesien etc. äufserten. Aufserdem bestanden die nervösen Folgezustände in Dyspepsie, Neurosen des Herzens, der Interkostalnerven, Hyperidrosis, Schwindel und gelegentlich sogar in Anfällen, welche an Epilepsie erinnerten. Diese Störungen verschwanden in vielen Fällen unmittelbar auf eine geeignete Behandlung der Varikocele durch Elektrizität, Hydrotherapie und Anlegen einer mechanischen Unterstützung. Beim Weibe finden sich ähnliche Zustände als Folge einer analogen Abnormität des linken Ovariums. *Philippi-Nieheim.*

Der trockene Umschlag bei der Behandlung der Epididymitis, von G. E. Brewer. (*Journ. of cut. and genit. ur. dis.* Jan. 1892.) Bei akuter und chronischer Epididymitis hat Verf. folgendes in Frankreich sehr verbreitete Verfahren mit bestem Erfolg in etwa 25 Fällen angewandt: der betreffende Teil wird mit einer mäfsig dicken Lage Watte eingehüllt und dann mit einem bis auf die Haut der gesunden Seite reichenden Stück Guttaperchapapier bedeckt und das Ganze mit einer Gazebinde gut befestigt. Zur weiteren Unterstützung wird ein Suspensorium appliziert. Bei dieser Behandlungsweise vergeht der Schmerz bald, und die Resorption der Entzündungsprodukte geht rapid von statten. *Philippi-Nieheim.*

Beiträge zur Pathologie der Samenblasen. Inaug.-Diss. von Alb. Dreyer. (Göttingen 1891.) Verf. hat die Präparate des Göttinger pathologischen Instituts benutzt, um an der Hand derselben die Erkrankungen der Samenblasen zu besprechen. Zunächst die Hemmungsmifsbildungen, bei denen auffallenderweise immer die linke Seite betroffen ist. Die akute und chronische Entzündung verdanken ihre Entstehung meist der Gonorrhoe; Verf. führt einen Fall an, wo sich die akute Entzündung wahrscheinlich im Anschlufs an Diphtherie der Blase entwickelte. Die häufigste Erkrankung der Samenblasen bildet die Tuberkulose; sie verdient deshalb besondere Beachtung, weil sie intra vitam gut zu diagnostizieren ist. Dann finden sich häufig Steine von verschiedenem Aufbau, meist mit reichlichem Spermatozoengehalt, und endlich Cysten, die man zum Teil als Retentionscysten ansehen mufs, teils sind sie die Folge von Entzündung, einige sind vielleicht auch durch Abstinenz infolge von Krankheit entstanden. Maligne Neubildungen sind selten. *F. Hahn-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Über die sogenannte Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen von A. Peters (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Nov. 1891.) Verfasser berichtet über 7 Fälle von obengenannter Krankheit, die sich einige Tage nach der Geburt einstellt, sich in spärlich eiteriger Absonderung des betreffenden Auges äufsert; bei Druck auf den Thränensack entleert sich anfangs nur wenig dicke, später flüssigere Absonderung. Thränensackgegend normal, Konjunktiva und Nasenschleimhaut desgleichen.

Die Krankheit heilt nach wiederholtem Ausdrücken, resp. Sondieren von selbst, besteht in einer Atresie des unteren Thränenkanalendes und einer dadurch bedingten Retention von Epithelzellen etc. Über bakteriologische Untersuchungen teilt V. nichts mit. *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Kasuistik der Gonorrhoea, von R. Gross. (Inaug.-Diss. Tübingen 1890.) Das Wichtigste an der Arbeit ist die Aufzählung der verschiedenen Epidemien von infektiösen (bezw. gonorrhoischen) Kolpitiden und Vulvovaginitiden, die an verschiedenen Krankenhäusern beobachtet sind. Eine besondere Disposition scheint überstandene Skarlatina (wie wohl überhaupt jede den Organismus schwächende Krankheit) zu haben. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Gonorrhoe von G. W. Allen. (*Boston med. and surg. Journ.* 123. 6. 1891.) Verf. behandelt die Gonorrhoea chronica posterior mit Injektionen von Sublimat (1 : 10000—20000) oder mit 2 maligen wöchentlichen Instillationen von Argent. nitr. (bis zu 10%). Bei der Gonorrhoea chronica anterior verordnet er Creolin (1 : 500) oder Kaliumpermanganat (1 : 2000). Er ist entschiedener Anhänger der Endoskopie und bedient sich dazu des Klotzschen Endoskops. Beim Endoskopieren der hinteren Harnröhre giebt Verf. verschiedene Schwierigkeiten und öfters zweifelhafte Resultate zu.

Die Gonorrhoe beim Weibe wird vom Verf. mit Ausspülungen der Urethra und Vagina mit Sublimat (1 : 5000) und mit Ätzung des Cervikalkanales mit konzentrierter Karbolsäure behandelt. Nach Ausspülung der Harnröhre werden Jodoformsuppositorien in dieselbe eingeführt. *P. Taenzer-Bremen.*

Über Gonorrhoea rectalis, von Franz Frisch. (Inaug.-Diss. Würzburg 1891. Stahels Universitäts-Buchhandlung.) Ein 17jähriges Dienstmädchen wurde 7 Monate lang in der Würzburger Klinik an Gonorrhoea urethrae und rectalis behandelt. Letztere hatte es sich nachgewiesenermafsen durch Gestattung des Coitus per rectum geholt. Bei der Spiegeluntersuchung zeigte sich die Mastdarmschleimhaut stark gerötet, gewulstet, mit eitrigem Belage bedeckt. Oberhalb der Analöffnung bestand ein grofser, unregelmäfsiger Substanzverlust, der mit der Zeit sich noch weiter ausdehnte. Um den Anus bestand infolge des perpetuierlichen Ausflusses ein Ekzem. Der Eiter war sehr gonokokkenhaltig. Starke Schmerzen beim Stuhlgang. Patientin erlag einer interkurrierenden Krankheit; alle Therapie war erfolglos gewesen.

Bei der histologischen Untersuchung fand sich starke Infiltration bis in die Muscularis, teilweiser Schwund der Lieberkühnschen Drüsen. Gonokokken fanden sich massenhaft in den mit Cylinderepithel bekleideten Partien.

Zum Schlufs glaubt der Verf., dafs derartige Mastdarmgeschwüre häufig als syphilitische angesprochen werden dürften, während doch die eigentliche Causa movens in einer Gonorrhoe zu suchen sei; eine kolorierte Doppeltafel veranschaulicht die histologischen Befunde dieser sehr frisch und anregend geschriebenen Arbeit.
P. Taenzer-Bremen.

Das Verhalten pathologischer Zellenbildung intensiven Farbstoffen gegenüber. Ein kleiner Beitrag zur Tinktionstherapie aus langjährigen Erfahrungen von Th. Clemens (*Allg. med. Centralztg.*, 1892, No. 1.) Verf. hat seit vielen Jahren den Heidelbeersaft zu Injektionen gegen Gonorrhoe verwendet, und zwar den aus frischen Beeren hergestellten, weil dieser intensiver färbt und daher wahrscheinlich auch kräftiger wirkt. Die sogenannten Tripperfäden sind nach solchen Injektionen tiefschwarz gefärbt. Jedoch hat Verf. damit allein niemals befriedigende Resultate erzielt, sondern erst, nachdem er aufserdem noch Salbenbougies angewendet hatte.

Aufser dem Safte der Heidelbeeren hat Cl. noch Versuche mit solchem aus Zwiebelschalen, Campecheholz, mit Indigo und Coccionella mit gleichem Erfolge angestellt. *P. Taenzer-Bremen.*

Verschiedenes.

Vorschlag zu einer neuen Einteilung der Hautkrankheiten, von P. Tommasoli. (*Giorn. ital. delle mal. Vener. e della pelle.* Sept. 1891.) Ob das vorliegende neue System, das sich den zahlreichen bereits bestehenden anreiht, berufen sein wird, Licht zu bringen in diesen konfusesten Teil der Dermatologie? Das Schema führt als Einteilungsprinzip das klinische Bild der Hautaffektionen und zerfällt in 10 Klassen mit je 2 oder 3 Familien:

I. Erythrodermatosen:	a. Erythrodermien
	b. Erythrodermiten.
II. Hämodermatosen:	a. Cyanodermien
	b. Porphyrodermiten.
III. Serodermatosen:	a. Hygrodermien
	b. Serodermiten.
IV. Keratodermatosen:	a. Keratodermien
	b. Keratodermiten.
V. Atrophodermatosen:	a. Atrophodermien
	b. Ulodermiten
	c. Sklerodermiten.
VI. Helkodermatosen:	a. Pyodermiten
	b. Nekrodermiten.
VII. Plasodermatosen:	a. Nodulodermiten
	b. Plasodermiten.
VIII. Chromodermatosen:	a. Leukodermien
	b. Pigmentodermien.
IX. Neurodermatosen:	a. Spasmodermien
	b. Ästhesiodermien.
X. Sekretodermatosen:	a. Stearodermien
	b. Hydrodermien.

Die Endung „Dermatose" dient, wie man sieht, zur Bezeichnung der Klasse, während „Dermie" den Charakter des Nichtentzündlichen, „Dermitis" den des Entzündlichen hervorheben soll.

Dem Einteilungsprinzipe gemäfs fällt die Klasse der parasitären Dermatosen aus, welche sich je nach ihrem klinischen Bilde auf die verschiedenen Klassen verteilen. So fällt z. B. der Favus der Haut unter V b, der Favus dor Nägel unter IV b; die tierisch-parasitären Affektionen reihen sich der III. Klasse b an. Andrerseits figurieren die andern Ekzeme unter III b, die chronischen dagegen unter IV b.

Das Ideal einer Klassifikation bleibt nach des Verf. Ansicht so lange in die Ferne gerückt, bis die Forschungen auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie, der Bakteriologie und der Chemie, soweit sie die Dermatologie betreffen, abgeschlossen sind. *C. Müller-Basel.*

Erklärung der Tafel IV.

I.

Schnitt vom Ohrknorpel eines 32 cm langen Rindsembryo:

a) elastische Faser,
b) Zellkern,
c) Perichondrium,
d) Bindegewebe.

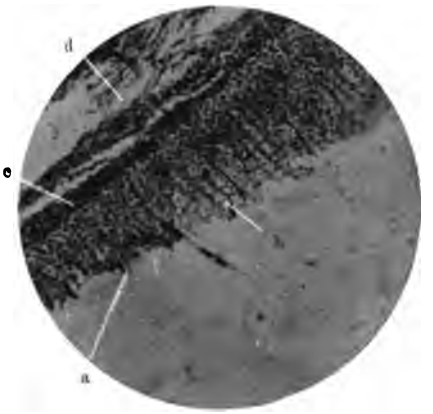
Photographie: Eosin-Farbenplatte. Mikroskop: Seibert Ocul. I. Objektiv: V. Färbung: Alaun-Karmin-Dahlia.

II.

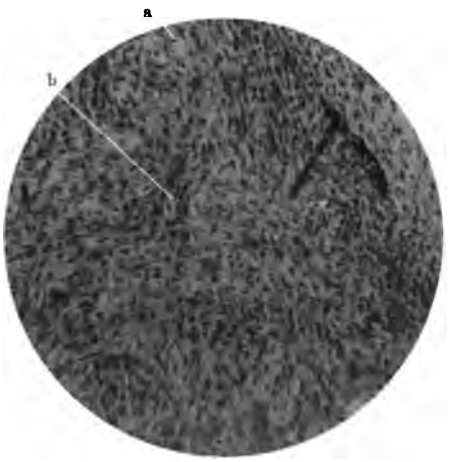
Schnitt vom Arytänoidknorpel eines 55 cm langen Rindsembryo:

a) Zellkern,
b) elastische Faser (nur an einzelnen Stellen als feine von den Zellen ausgehende Linien sichtbar).

Photographie: Eosin-Farbenplatte. Mikroskop: Seibert Ocul. I. Objektiv: V. Färbung: Alaun-Karmin-Dahlia.



I.

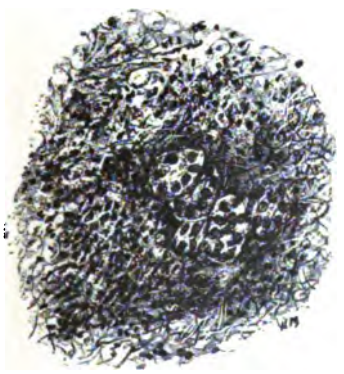


II.

r von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Phot. u. Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.

1

2



3

4

Dr. Pollitzer: Hydradenitis Destruens Suppurativa.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 7. 1. April 1892.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Dermatitis tuberosa, eine durch die Darreichung von Jodkalium verursachte Hautaffektion.

Von

N. Walker,
M. D., M. R. C. P. Ed.

(Mit Tafel VI.)

Der folgende Fall wurde vor einiger Zeit in die Klinik von Herrn Dr. Unna aufgenommen. Dieser stellte lediglich auf die klinischen Symptome hin die Diagnose auf: Jododerma tuberosum und überliefs mir den Fall zur Bearbeitung, der sehr viel Interessantes darbot; denn obgleich von verschiedenen Autoren mehrere Fälle klinisch bereits beschrieben worden sind, so fehlt es mit wenigen Ausnahmen gänzlich an Schilderungen der pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

J. E., ein 41jähr., verheirateter Mann, wurde am 20. Juli wegen eines rapide zunehmenden Tumors auf dem unteren Teile der Nase aufgenommen.

Die Anamnese ergab nun in der That, dafs eine Medikation von Jodkalium vorhergegangen war. Am 8. Juli hatte er wegen eines Gefühls von Trockenheit und Unbehagen im Halse einen Laryngologen konsultiert, welcher ihm eine Mixtur mit Jodkalium verschrieb. Hiervon sollte er täglich bis zu 5,0 einnehmen.

Die Rachenaffektion besserte sich, aber am 13. Juli kam auf dem Nasenrücken ein kleines, rotes, entzündliches Knötchen zum Vorschein. Am 14. hatte sich dasselbe vergröfsert, und auf einiges Quetschen entleerte sich daraus, wie Patient angab, etwas Eiter und Blut. Später am selben Tage trat um das ursprüngliche Knötchen herum ein Kranz von Bläschen hervor. Am 15. ging er, da die Gröfsenzunahme noch immer anhielt, wieder zu seinem Arzte, der ihm Ungt. Hebrae verschrieb. Am 16. war die Geschwulst noch gröfser, und es wurde ein Verband mit Lint aufgelegt und das Quantum Jodkalium wurde auf 7,0 pro die gesteigert. Da der Tumor fortfuhr rapide gröfser zu werden, liefs er sich am 20. Juli in die Unnaschen Klinik aufnehmen. Schmerzen verursachte der Tumor nicht.

Status: Patient ist ein mittelgroſser, hager aussehender Mann. Sein Gesundheitszustand ist immer ein guter gewesen. Als junger Mann hatte er wenigstens zweimal Gonorrhoe, und vor 7 Monaten acquirierte er ein Geschwür am Penis, das nach seiner Angabe unter Behandlung mit einer Lösung von Cuprum sulphuricum abheilte und keinerlei weitere Beschwerden verursachte. Sämtliche Drüsen am Körper sind ein wenig vergröſsert und sehr hart. Es fand sich aber kein Hautausschlag und kein Ausfall von Haaren. Es findet sich keine Spur von Geschwürsbildung auf dem Gliede. Der Urin ist frei von Eiweiſs.

Der Tumor nimmt die untere Hälfte der Nase ein. Derselbe ist von dunkel gelblich brauner bis orangeroter Farbe, von ziemlich granuliertem Aussehen und mit verstreuten kleinen Öffnungen, welche wie diejenigen der Talgdrüsen aussehen, besetzt. Es lieſsen sich keine deutlichen, gelblichen Punkte oder Pusteln erkennen. Die Geschwulst erhebt sich etwa 8 mm über das normale Niveau der Nase und sieht genau so aus, als ob ein Stück farbigen Kitts da angeklebt worden sei. Bei der Inspektion hatte man den Eindruck eines langsam wachsenden Epithelialkrebses. Bei der Berührung wird dieser Eindruck indessen sofort zerstört, denn die Geschwulst ist von auſsergewöhnlich weicher und schwammiger Konsistenz. In der That paſst die von vielen Autoren angewandte Bezeichnung „pilzartig“ vollständig, sowohl in Bezug auf Palpation wie auf Inspektion auf dieses Gebilde. Die Betastung rief keinen Schmerz hervor.

Differentialdiagnostisch kamen hier vier Möglichkeiten in Betracht: Epithelioma, Syphilis, Mycosis fungoides und Dermatitis medicamentosa. Gegen das erstere sprach das Fehlen aller Schmerzen, das auſserordentlich rapide Wachstum sowie die Konsistenz des Tumors. Gegen das zweite Leiden wiederum das schnelle Wachstum und die Vereinzelung der Affektion, während beim dritten auſser diesen beiden Gegengründen noch der Umstand, daſs Patient nicht früher an irgend einem Hautleiden erkrankt gewesen war, ins Gewicht fiel. Als er das Recept von der Medizin, welche er in so groſsen Dosen eingenommen hatte, vorzeigte, war ein Zweifel eigentlich nicht mehr vorhanden.

Die Medizin wurde sofort ausgesetzt, und während der nächsten Tage wurde der Tumor sich selbst überlassen. Abgesehen davon, daſs derselbe etwas trockener auszusehen anfing, blieb die Sache so ziemlich in statu quo antea, weshalb denn am 25. Juli der Patient chloroformiert wurde und man durch Abtragen des überflüssigen Gewächses mittels eines Rasiermessers der Nase ihre natürliche Form wiedergab. Die Schnittfläche blutete sehr lebhaft und wurde überall mit dem Pacquelinschen Thermokauter betupft, worauf dann eine alkoholische Lösung von Pyoktanin aufgetragen wurde.

Die Wundfläche heilte mit auſserordentlicher Schnelligkeit und sah

am 2. August mit Ausnahme eines kleinen Gebietes in der Mitte ebenso gesund aus wie das übrige Gesicht. Diese centrale Zone hatte ein warziges, knotiges Aussehen, als ob dort eine gewisse Steigerung der Epithelbildung noch fortbestände. Es wurde zunächst zur Ablösung der äufseren Epithellage der Epidermis ein Resorcinpflaster aufgelegt; da aber dieser centrale Teil etwas renitent blieb, so wurde später derselbe mittels Karbolsäure vernichtet.

Als am 9. August Patient nach Hause zurückkehrte, war seine Nase wirklich in ebenso gesunder Verfassung, als sie vor dem Erscheinen des Tumors gewesen war.

Wenn wir den Fall mit Bezug auf seinen Ursprung, Verlauf und namentlich auf die späteren Fortschritte betrachten, so kann man kaum daran zweifeln, dafs von vornherein eine richtige Diagnose gestellt worden war.

Die mikroskopische Untersuchung, so interessant sie auch sonst ist, gewährt nur wenig Unterstützung bei der Stellung der Diagnose, denn es sind, wie es scheint, nur drei oder vier der zahlreichen Forscher, welche solche Fälle beschrieben haben, auf die Idee gekommen, Stücke des Gewächses zum Zwecke einer histologischen Untersuchung zu entfernen. JONATHAN HUTCHINSON[1] sagt in Bezug auf den in seinen *Archives* abgebildeten, tötlich verlaufenen Fall, dafs das Mikroskop gewissenhaft gebraucht wurde, ohne jedoch irgend etwas Wichtiges zu entdecken.

BROCQ[2] zählt neunerlei Arten von Hautausschlägen, welche durch Jod bedingt sein können, auf:

1. Diffuses Erythem, 2. Papeln mit Urticaria, 3. Bläschen und Ekzem, 4. Pemphigus-Blasen, 5. Papeln und Pusteln, 6. Anthraxform, 7. Petechien, 8. Knötchen- und Knotenform, 9. Polymorpher Ausschlag.

Diejenige Form von Ausschlag, welche von den meisten Autoren und wohl überhaupt am häufigsten als Folge von Jodgebrauch beobachtet worden ist, ist die vesikulöse oder bullöse, während die kondylomatöse, tuberöse und anthrakoide Form, wenn schon von aufmerksamen Beobachtern häufig konstatiert, offenbar so wenig Beachtung im allgemeinen gefunden hat, dafs mehr als eines der neueren Lehrbücher der Dermatologie überhaupt gar keine Bemerkung darüber enthalten. Dennoch wird wegen der Ähnlichkeit dieser Affektion mit syphilitischen Veränderungen und wegen des Umstandes, dafs gerade bei dieser Erkrankung Jod in gröfseren Gaben verabreicht wird, kaum jemand die Wichtigkeit dieser Störung unterschätzen. HUTCHINSONS Fall liefert eine kräftige Bestätigung dieser Behauptung.

[1] *Archives of Surgery*, Vol. 1. 1889. Plates 3 u. 4.
[2] *Maladies de la Peau*. Paris. 1890. pg. 262.

In allen Teilen der Welt sind von verschiedenen Beobachtern zahlreiche Fälle der polymorphen Exanthemform beschrieben worden, aber bei unserem Falle interessiert uns nur die tuberöse, anthrakoide Form. Die erste Erwähnung derselben scheint eine Bemerkung Ricords im Jahre 1842 zu sein. Derselbe bemerkt, es könne durch die Darreichung von Jod ein papulöses oder knotiges Erythem hervorgerufen werden.[3]

Fischer beschreibt (*Wien. med. Wochenschr.* 1891. No. 29) unter anderen Ausschlägen auch ein knötchenförmiges Exanthem. Seiner Schilderung nach besteht dasselbe aus wenig erhabenen Papeln, die regelmäfsig abgerundet sind und eine intensiv rote Farbe haben. Er hält den Zustand für eine Art Telangiektasie, wie man sie bei angeborenem Naevus und in noch höherem Grade bei Framboesia beobachtet. Tilbury Fox[4] machte wieder auf diesen Zustand aufmerksam und schilderte denselben als eine weiche, schwammige Masse, welche, wie er sagt „eigentümlich" (odd) war. Im *British med. Journ.* Dec. 1877 sagt er: „indem eine Auflösung dieser bullösen Form Platz greift, können pilzförmige Massen entstehen, welche von Erbsen- bis zu Markstückgröfse variieren."

Colcott Fox[5] legte dem Ausschlag die Bezeichnung kondylomatös bei.

M. Hardy[6] erwähnt kurz eine erythematöse Ausschlagform.

Mc Call Anderson[7] führt in einer Mitteilung über einen durch Jod bedingten tötlichen Fall von Purpura eine interessante Bemerkung Voisins an, welcher bei sechs von 96 mit Bromsalzen behandelten Epileptischen einen Ausschlag beobachtete, „welcher in Gestalt von länglichen oder rundlichen Anschwellungen auf den unteren Extremitäten auftrat, eine rosa- bis kirschrote Farbe hatte und allmählich gelblich wurde und dann zur Entwickelung kleiner Punkte wie Aknepusteln führte." Dieser Ausschlag unterschied sich von den meisten aufgezeichneten Jodfällen durch die grofse Härte und Schmerzhaftigkeit der Basis der Geschwülste.

Eine der besten klinischen Beschreibungen dieser Form hat Nevins Hyde aus Chicago[8] gegeben. Derselbe hat bei verschiedenen Gelegenheiten drei Fälle beschrieben.

1. Ein kleines Kind zeigte isolierte, weifsliche und rötlich gelbliche Knötchen, welche der Gröfse nach zwischen einer halben Erbse und einer grofsen Bohne schwankten und Ähnlichkeit mit Geschwülsten von Molluscum

---

[3] *Bulletin gén. de Thérapeut.* 1842.
[4] *Trans. clin. Soc.* London. 1877. No. 29.
[5] *Brit. med. Journ.* 1885.
[6] *Maladies de la Peau.* Paris. 1886.
[7] *Treatise on diseases of the Skin.* London. 1887.
[8] *Archives of Dermatology.* 1879. — *Journ. of cut. and genit.-ur. dis.* Dez. 1886. — *Med. News.* Okt. 1888.

hatten. Auf der linken Wange fand sich eine Stelle so groſs wie der Durchschnitt eines Putereis, von einer schmalen, alveolären Rötung umgeben und ungefähr sechs Millimeter über die Oberfläche der Haut erhaben.

2. Ein 2jähriges Kind mit dicht gesäten, festen, rötlich-gelben, etwas gedellten, halb festen Gebilden von der Gröſse einer groſsen Erbse bis zu der eines Taubeneies variierend.

3. Dieses war ein höchst interessanter Fall, der als Lepra diagnostiziert worden war. Während länger als einem Monat wurde die Patientin, ein 17jähriges Mädchen, welches noch nicht menstruiert war, mit Jodkalium traktiert. Der Ausschlag kam am dritten Tage der Darreichung des Mittels zum Vorschein und zwar in Gestalt einer Anzahl halbfester Papeln auf der Stirn. Dieselben nahmen an Gröſse und Zahl rapide zu, und als Dr. HYDE die Patientin sah, war die ganze Kopfhaut mit taubeneigroſsen Knoten bedeckt, welche einander berührten und mit einem klebrigen eiterartigen Schleime bedeckt waren. Der Kopf, Hals, die Brust und der Rücken waren mit oberflächlichen, klein eigroſsen, halbfesten, teils einzeln stehenden, teils konfluierenden, ovalen oder unregelmäſsig gestalteten Knötchen, die sich mehrere Millimeter über die Oberfläche erhoben, bedeckt. Viele derselben hatten mit Kondylomen Ähnlichkeit, und einige wenige sahen aus, als ob sie gekochte Sagokörner enthielten.

Beim Einschneiden entleerten sich Blut, krümlicher Eiter und Gewebsfetzen, aber man konnte keineswegs die Gebilde als cystenartig beschreiben. Er sagt: „Sie waren offenbar Massen von weichlichem vaskulösem Epithelium.“

HALLOPEAU's[9] Fall unterscheidet sich deutlich in vielen Beziehungen von HYDE's Fällen. Der Patient war ein ältlicher Mann mit ausgesprochenen syphilitischen Erscheinungen, der deswegen längere Zeit groſse Dosen Jod genommen hatte. Der Ausschlag bestand aus zweierlei Affektionen einmal Narben und zweitens Vegetationen. Erstere waren verschieden groſs, die beträchtlichsten etwa von der Gröſse eines Zweipfennigstücks, teils in Gruppen beisammenstehend, teils isoliert. Die Vegetationen, welche meistenteils auf den unteren Teilen des Körpers lokalisiert waren, boten bedeutende Verschiedenheiten in Bezug auf Gröſse dar; mehrere derselben hatten einen Durchmesser von mehreren Millimetern. Einige waren klein und gestielt, andere hatten Ähnlichkeit mit syphilitischen Kondylomen. Die Farbe war immer eine rosarote. Die Nase war erheblich verändert und entstellt, von rosaroter Farbe, glänzend, als ob sie poliert wäre. In der Mittellinie nahe am Lobulus war eine blaſsgelbe Kruste; der untere Teil des Septum und der freie Rand der Nasenlöcher waren vergröſsert

[9] *Annales de derm. et de syph.* 2. Serie. No. 9.

und dabei gleichzeitig retrahiert und ausgehöhlt, so dafs sie fast wie lupös erkrankt aussahen. Die Anschwellung war so beträchtlich, dafs der Lufteintritt gehindert war. Andere Teile des Körpers waren in ähnlicher Weise afficiert und zeigten ebenfalls diesen Doppelprozefs der Wucherungen und Narbenbildung. Der Verfafser bezeichnet den Fall als eine „atrophische und zu Vegetationen führende Form" eines Jodausschlags.

Besniers[10] Fall betrifft einen 40jährigen Mann, der 2,0 Jodid pro die eingenommen hatte. Am Ende der ersten Woche stellte er sich wieder vor mit einem ausgedehnten Ausschlag im Gesicht und am Thorax. Die Affektion bestand aus kleinen, aber rapide wachsenden richtigen Geschwülsten, welche zwischen Erbsen- und Bohnengröfse variierten. Sie waren von kupferroter Farbe, fühlten sich weich und fast wie ein Pilz an und zeigten punktförmige Öffnungen wie diejenigen bei Anthraxfurunkeln. Wegen dieser Ähnlichkeit nannte er die Affektion „Anthracoide". Es war nicht möglich irgend welchen Inhalt auszudrücken und beim Einschneiden entleerte sich nur Blut.

Der Ausschlag war von einem brennendem Schmerz begleitet, aber es bestand keine Störung des Allgemeinbefindens, und der Patient betrachtete sogar die Hautaffektion als ein günstiges Zeichen, als einen Beweis, dafs die Krankheit „ausgetrieben würde". Mit dem Medikamente hatte er dieselbe niemals in Zusammenhang gebracht. Die Medizin wurde natürlich ausgesetzt, und nach der lokalen Applikation von Tanninglycerin verschwand der Ausschlag im Laufe von vierzehn Tagen mit Hinterlassung kleiner, narbiger Einziehungen. Verfasser bemerkt, dafs diese Affektion sich nur mit den von Voisin beschriebenen Fällen von Bromausschlag bei Epileptischen vergleichen lasse.

In einer sehr erschöpfenden Beschreibung der anderen Form macht E. Bradley *(Thèse de Paris 1887)* nur eine ganz kursorische Bemerkung über diese Form, indem er anführt, dafs ein Ausschlag in Folge von subkutanen Knoten wie bei Erythema nodosum eine papulöse Form annehmen könne.

Bei Pellizzaris[11] erstem Falle stellte sich nach vorhergehendem Froste und Fieber ein papulöser und rupiaförmiger Ausschlag bei einem syphilitischen Manne ein. Die Papeln waren nur wenige an der Zahl, fast im selben Niveau mit der Haut, erstreckten sich nicht in die Tiefe und enthielten kein Blut; sie hatten eine rauhe Oberfläche und waren von dunkel erdbeerroter Farbe, welche auf Druck nur zum Teil verschwand. Auf Armen und Beinen war hauptsächlich die bullöse Form vertreten; die Blasen hatten durchschnittlich einen halbzölligen Durchmesser und

---

[10] *Annales de derm. et de syph.* 1887. pg. 162.

[11] *Lo Sperimentale.* 1884. Übersetzt im *Archiv f. Derm.* Jan. 1885.

waren den Blasen bei Rupia ähnlich. Sie hatten eine tiefe Basis, die von einem Hofe noch umgeben war, ihre Farbe war hellgelb, und auf der Spitze safs eine Blase. Wurde letztere geöffnet, so sah man kein charakteristisches Ulcus auf der Basis, doch war diese unregelmäfsig mit kleinen Fetzen gangränösen Gewebes bedeckt, aber fast ohne allen Eiter, Serum oder Blut.

Wiederum eine andere Art dieser Störung fand sich in Gestalt von subkutanen Knötchen. Es fanden sich drei solche Tumoren von Nufs bis Apfelgröfse; der eine war weich und ganz mit gesunder Haut bedeckt-während der andere von einer grofsen, graufarbenen Blase besetzt war. Jede erneute Darreichung des Medikamentes rief dieselben Äufserungen hervor. Versuche, im Inhalte der Gebilde Jod nachzuweisen, gelangen Pellizzari ebensowenig wie dieses anderen geglückt ist. Prof. P. Pellizzari hatte zwei Fälle gesehen, bei welchen durch Darreichung von Jod sich entzündliche subkutane Knötchen hervorrufen liefsen. Der zweite Fall betraf eine 18jährige Prostituierte, welche vom Bordellhalter wegen eines Geschwürs an den Genitalien mit Jod traktiert worden war, und infolgedessen deren Haut mit zahlreichen, teigigen Knötchen, deren Gröfse zwischen derjenigen einer Haselnufs bis zu der einer Wallnufs schwankte, bedeckt war. Sie waren schmerzlos, tief eingebettet und mit gesunder Haut überzogen. Nur einige wenige der kleineren zeigten eine Rötung der Cutis.

Diese Fälle stehen nicht in sehr enger Beziehung zu der augenblicklich in Rede stehenden Form. Beim ersten Falle, wo die Papeln und Blasen denselben Verlauf nahmen, wie von Fox beschrieben wurde, besteht zweifelsohne eine gewisse Verwandtschaft, aber subkutane Knötchen haben mit dieser Frage durchaus nichts zu thun, wie man aus der Beschreibung der pathologischen Anatomie unseres Falles erkennen wird.

Duhring[12] beschreibt einen Fall, den er als „lokale, umschriebene, phlegmonöse, durch Einführung von Jod bedingte Dermatitis" bezeichnet. Es entwickelte sich auf der Stirn ein Tumor, welcher bis zu Zweizollgröfse anwuchs und dem Aussehen nach einem entzündeten Herpes tonsurans nicht unähnlich war. Derselbe war von Bläschen, Pusteln und Knoten umgeben.

Taylor[13] verzeichnet einen Fall, bei welchem nach sehr lange fortgesetzter und frequenter Behandlung mit dem Jodid eine Anzahl diskreter Tumoren die Stirn, Wange, Augenlider und den Hals bedeckten. Sie waren von intensivroter Farbe und variierten der Gröfse nach zwischen 5 und 15 mm. Die Oberfläche war viel gröfser als die Basis, so dafs

---

[12] *Medical and Surgical Reporter.* 1877.
[13] *Journ. of cut. and genit-ur. dis.* 1886.

ihre Gestalt somit pilzförmig war. Sie waren sehr weich und nachgiebig auf Berührung und die gröfseren derselben hatten kleine, trompetenförmige Öffnungen, aus denen sich ein wenig Eiter ausdrücken liefs. Das Allgemeinbefinden war nur sehr wenig beeinträchtigt und die Läsionen verschwanden unter Anwendung von Tr. Ferri perchloridi meistenteils im Laufe einer Woche. Verfasser hielt den Vorgang für eine Entzündung der Talgdrüsen.

Der Zeitpunkt des Auftretens des Ausschlags variiert sowohl bei den verschiedenen als auch bei den einzelnen Fällen selbst. Bei Pellizzaris erstem Fall trat der Ausschlag zuerst nach wiederholter Darreichung des Mittels je 36 Stunden, 3 Tage, 10 Tage später ein. Duhring sah denselben nach 4 Stunden sich entwickeln, Hyde sogar noch nach 3 Wochen, und in dem einen Fall trat derselbe nach 5 Tagen auf. — Ebenso ist die bis zum Verschwinden der Tumoren verstreichende Zeit eine verschieden lange.

Interessant ist ferner der Umstand, dafs keine von diesen Patienten die gewöhnlicheren Symptome des Jodismus darboten.

Obgleich Jod, wie natürlich zu erwarten sein würde, im Urin häufig nachgewiesen worden ist, so hat bisher niemand dasselbe in den Läsionen selbst auffinden können. Ein wichtiger Umstand ferner bei diesen Fällen ist die Geringfügigkeit der vorhandenen Störung des Allgemeinbefindens. Hydes dritter Fall, einer der schwersten, die bisher beschrieben worden sind, war vollständig behaglich und heiter. Dieses Faktum bedingt einen wichtigen Unterschied zwischen dieser Affektion und dem Pemphigus vegetans Neumanns, mit welchem dieselbe histologisch am nächsten verwandt zu sein scheint.

Es ist nicht leicht, bei diesen Fällen die Histologie zu vergleichen, wo die klinische Beschreibung zwar viele gemeinsame Merkmale zeigt, aber dennoch in so vielen wichtigen Einzelheiten verschieden ist. Leider wurden bei den Fällen, die Hyde, Taylor und Hutchinson mitgeteilt haben, und bei denen die klinische Beschreibung am genauesten mit unseren vorliegenden Fällen übereinstimmt, die histologischen Verhältnisse entweder nicht untersucht oder nicht veröffentlicht. Und diejenigen Fälle, bei denen die Anatomie sorgfältig untersucht worden ist, sind unglücklicherweise gerade diejenigen, welche klinisch sehr wesentliche Abweichungen von unseren Fällen darbieten. Bei der Untersuchung eines Falles von Howard Marsh fand Thin[14] eine Dilatation der Blutgefäfse und Lymphräume und eine Anfüllung der letzteren mit Leukocyten; ferner waren die normalen Talgdrüsen in der Nachbarschaft angeschwollen und mit zersetztem Blute angefüllt. Duckworth[15] beschreibt seinen Fall

[14] *Med. chir. Transact.* 1879.
[15] *Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1878.

als eine lokalisierte, oberflächliche Dermatitis. Die Haarfollikel und Schweifsdrüsen waren nicht affiziert, die Gefäfse zahlreich und mit ausgewanderten Körperchen angefüllt. Der Erguſs war am stärksten in der Papillarschicht, welche abgeplattet und ausgehöhlt war.

Pellizzari[16] fand bei der Untersuchung einzelner Teile von seinem ersten Falle eine Dilatation der Talgdrüsen, welche ebenso wie die Gefäfse von einer Ansammlung von Rundzellen umgeben waren. Aus dieser Anwesenheit von Zellen um die Gefäfse herum schlofs er, dafs die Ursache der Krankheit in einer besonderen Reizbarkeit der Blutgefäfse zu suchen sei, und dafs der Vorgang mit Purpura verwandt sei.

Hallopeau[17] beschreibt die Histologie seines Falles als eine verhältnismäfsig neu entwickelte Dermatitis, welche namentlich mit den Blutgefäfsen in Beziehung stehe. Er bemerkt jedoch, dafs die Papillen verlängert seien, und dafs einige filiform, andere sehr erheblich angeschwollen seien. Die interpapillären Fortsätze des Rete sind verdickt, verlängert und im allgemeinen gröfser als normal.

Es wurden Teile unseres Tumors in Alkohol und in Flemmingscher Lösung gehärtet und in Celloidin und Paraffin eingelegt. Die Schnitte wurden nach mehreren verschiedenen Methoden gefärbt. Bei der Untersuchung eines Schnittes fiel zunächst die enorme Wucherung des Epithels auf, welche beim ersten Anblick sofort die Meinung erregte, dafs man einen Schnitt von einem Epithelialkrebs untersuche. Eine genaue Untersuchung erwies diese Ansicht aber sofort als irrig, denn der Prozefs war offenbar ein abnormes und übermäfsiges Aufwärtswachsen des Epithels und nicht ein nach abwärts gerichtetes Hineinwachsen des Epithels in die darunter gelegenen Gewebe.

Fig. 1 zeigt die Beschaffenheit eines Schnittes bei schwacher Vergröfserung. Das Epithel erstreckt sich von der Schnittfläche bis zur Oberfläche der Geschwulst. Man wird bemerken, dafs das fibröse Gewebe sich an der gesteigerten Aktivität des Gewebes ebenfalls beteiligt aber keineswegs in dem nämlichen Grade wie das Epithel; ferner ist auch die regelmäfsige Anordnung und das Verhältnis zwischen den beiden Bestandteilen ebenfalls bemerkenswert.

Das Epithel befindet sich in einem aktiven Stadium der Proliferation, und es sind überall zahlreiche Mitosen zu konstatieren. Im Bindegewebe finden sich einige Zellen, bei denen man den gleichen Zustand wahrnimmt. Das elastische Gewebe (Fig. 1 e) scheint sich nicht an der abnormen Thätigkeit der anderen Gewebe beteiligt zu haben. Die mit Orcein gefärbten Schnitte lassen allerdings das Vorhandensein einer solchen

---

[16] Op. cit.
[17] Op. cit.

erkennen, doch ist dasselbe nur in geringem Grade entwickelt und nachweisbar dünner als normal, zu Bündeln verschlungen wie eine Fisse gedrehter Fäden und ist vermutlich mechanisch aus seiner normalen Stellung von dem anderen Gewebe mit emporgehoben worden. Diese ist um so wahrscheinlicher, als bei einigen Fällen die Fasern total von Epithelzellen umgeben zu sein scheinen. Die Blutgefäfse und Kapillaren sind stark dilatiert, und ihre Wandungen bestehen oft blofs aus einer einzigen Lage Zellen, während andere nur mit einer Epithelschicht bedeckt sind. Dieses Verhalten ist auch von HALLOPEAU beschrieben worden. Das Bindegewebe ist überall sehr ödematös, die Lymphräume und Kapillaren sind stark dilatiert, und einige der Spalten sind mit Wanderzellen angefüllt. Einige mit Methylenblau gefärbte Schnitte liefsen die Anwesenheit einer beträchtlichen Anzahl von Mastzellen (Fig. 2 u. 3 m) erkennen, welche in der gewohnten Weise dunkel bläulich gefärbt hier und dort zwischen dem Bindegewebe zerstreut lagen. Da ein 14 Tage altes Gewächs kaum als chronische Entzündung klassifiziert werden kann, so ist ihre Anwesenheit ein fernerer Beweis dafür, dafs diese eigentümlichen Körper nicht ausschliefslich mit jenem Zustand verknüpft sind.

Zum Zweck des Vergleichs wurden Schnitte von verschiedenen Epitheliomen auf die gleiche Weise gefärbt und zeigten, dafs die Anzahl der Mastzellen in erkennbarer Weise und die Menge der Mitosen in sehr erheblichem Mafse das bei unserem Falle Vorhandene übertrafen. Auch zeigten die Krebse nicht die regelmäfsig unregelmäfsige Anordnung des Epithels, wie die Abbildungen dieselben erkennen lassen, sondern es gingen Fortsätze nach allen Richtungen hin aus.

Fast 200 Schnitte wurden untersucht, ohne irgendwo eine einzige Spur einer Schweifsdrüse oder eines Ausführungsganges zu finden, aber an einzelnen Präparaten liefs die concentrische Anordnung der Epithelzellen zur Seite des Haarfollikels an das Vorhandensein einer Gangöffnung denken.

Die in beträchtlicher Anzahl sich vorfindenden Haarfollikel waren, wie das ja an dieser Stelle gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, von erheblicher Gröfse. Sie waren vielfach mit verhorntem Detritus erfüllt, unter welchem in variabler Anzahl Eiterzellen zu finden waren. Sie waren ausnahmslos von einem enormen Anwachsen des Epithels umgeben, und in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft sah man eine kleinere oder gröfsere Ansammlung von Leukocyten, unter denen die mehr oder weniger vollständig erhaltenen Überreste flacher, kernhaltiger Epithelzellen zu sehen waren. Solche Ansammlungen fanden sich an anderen Teilen des Tumors von Epithel eingeschlossen, und einige sah man, welche nur von der Hornschicht bedeckt waren und dadurch die kleinen, gelben Punkte hervorbrachten, welche von einigen Autoren klinisch beobachtet worden sind.

Bei einer nur oberflächlichen Untersuchung empfängt man zunächst den Eindruck, dafs die Talgdrüsen wenigstens als solche nicht im Tumor vorhanden sind. Eine genauere Besichtigung zeigt jedoch hier und dort Durchschnitte von zwei oder drei Talgdrüsenzellen (Fig. 1t), die von epithelialem Gewebe umgeben sind, und in der Tiefe des Tumors sind bei einem oder zwei Präparaten schon Schnitte von gröfseren Stücken zu sehen.

Wenn wir das Verhältnis dieser Drüsen zur Geschwulst untersuchen wollen, so kommen zwei Erklärungen als möglich hier in Betracht. Die eine ist diese, dafs der überschüssige Teil des Tumors, welcher entfernt wurde, oberhalb des Niveaus dieser Drüsen gelegen war, und dafs die Teile, welche man hier sieht, blofs tangentiale Schnitte durch normalerweise tiefer gelegene Drüsen sind.

Diese Auffassung indessen scheint mir kaum haltbar zu sein. Denn es wurden nicht nur 5 mm dicke Stücke des Tumors vollständig in Schnitte zerlegt, von denen jeder einzelne untersucht wurde, sondern es wurden auch die in Paraffin eingelegten Geschwulstteile in Serienschnitte zerteilt, und trotzdem fand sich nur die obenerwähnte kleine Ansammlung von Zellen. Ausnahmslos sind diese Zellen von epithelialem Gewebe umgeben, und es scheint mir unmöglich, dafs so viele Drüsen nur eben berührt worden sein sollten, und dafs wir niemals in der ganzen Serie einen Durchschnitt gefunden haben sollten, der gröfser war als die anderen.

Die andere Erklärung, welche, wie mich dünkt, den Schlüssel zu dieser Frage liefert, ist die, dafs die Talgdrüsenzellen die Überreste der normalen Drüsen darstellen, welche an dieser Stelle als so grofse und bedeutende Gebilde auftreten.

Die Lage dieser Zellen in Bezug auf die Haarfollikel, der Umstand, dafs sie ausnahmslos von erheblichen, epithelialen Wucherungen umgeben sind und die bekannte beträchtliche Gröfse der normalen Drüse an dieser Stelle halte ich für beweisend dafür, dafs die Entwickelung des Neoplasmas zu diesen Drüsen in Beziehung steht. Wenn der Tumor wirklich oberhalb ihres Niveaus gelegen wäre, so wäre es, meine ich, unmöglich, dafs fast jedes zweite Präparat bei sorgfältiger Untersuchung Spuren der Drüse aufwies. Die Überlieferung ist nicht immer eine gute Richtschnur bei der Untersuchung histologischer Beziehungen, aber dennoch ist der Umstand, dafs viele Beobachter die Ansicht vertreten, dafs die Zerstörungen aus den Talgdrüsen ihren Ursprung nehmen, nicht ohne Bedeutung. Leider war trotz der kurzen Dauer der Krankheit der Prozefs schon weit entwickelt, und es war deshalb nicht möglich, den ersten Anfang desselben an einem Schnitte zu demonstrieren; aber ein Präparat, welches für sich allein allerdings wertlos gewesen wäre, scheint in der durch die anderen Schnitte gewährten Beleuchtung uns wenigstens einen Fingerzeig zu bieten,

um die Art und Weise des Beginnens des in Frage stehenden pathologischen Prozesses zu erkennen.

An dem bezeichneten Präparate ist nämlich die Drüse viel tiefer als gewöhnlich gelegen. Man sieht da einen Durchschnitt durch einen Haarfollikel mit einer Talgdrüse zu jeder Seite. Auf der einen Seite ist die Drüse von dem wuchernden Epithel vollständig umgeben, während auf der anderen Seite sich dasselbe in drei Portionen zerlegen läfst. Am weitesten vom Follikel entfernt sieht man das neue Epithel auf die Drüse hinangreifen. In der Mitte haben wir die typischen Talgdrüsenzellen, und in direkter Beziehung zum Follikel ist die Drüse, vielleicht infolge der Einwirkung der Kokken, mit denen die Follikel angefüllt sind, aufgelöst, und es hat sich Eiter entwickelt.

Der Vorgang dürfte folgendermafsen zu erklären sein: Auf die eine oder andere Weise ist infolge des Stimulus, den das Jod ausübt, die normale, fettige Degeneration der auskleidenden Epithelzellen der Talgdrüsen und die Umänderung derselben in Talgzellen verhindert; vielmehr erfahren sie durch den Einfluſs des Jods eine Rückbildung zum ursprünglichen Typus und wuchern von neuem als richtige Epithelzellen. Die schon vorhandenen Talgzellen erleiden bloſs ihr normales Schicksal und werden nach ihrer Auflösung in den Follikel abgeworfen, während ihre Stelle nicht mehr durch neu sich bildende Talgzellen ersetzt wird, so daſs ihre Zahl immer geringer wird, bis sich Verhältnisse entwickeln, wie sie in Fig. 1 abgebildet sind, wo wir zwei bis drei von einer groſsen Masse wuchernden Epithels umgebene Talgdrüsenzellen vorfinden. Die diese zerstörenden Zellen umgebenden Epithelzellen befinden sich in einem Zustand der aktiven Mitosis (Fig. 3 mi). Gelegentlich beobachtete man eine Reaktion auf die Färbemittel wie bei mukoider Entartung. Manchmal schien es, als ob das Epithel bei seinem unregelmäſsigen Wachstum einen Teil der Drüse von ihrem Ausführungsgang nach dem Follikel abgeschlossen habe. In solchen Fällen wirkte das Vorhandensein der toten Talgzellen offenbar als ein Reizmittel; Leukocyten wandern in die Mitte der Epithelmasse ein, und es resultiert eine jener kleinen, von Epithelzellen umgebenen Eiteransammlungen (Fig. 1 u. 2 ei), welche fast in jedem Schnitte zu sehen sind, und welche bereits von vielen Autoren erwähnt wurden. Die Neubildung ist jedoch nicht ausschlieſslich auf diese Stelle beschränkt. Niemals steigt dieselbe von der oberen Schicht des Epithels hinunter, aber die die Haarfollikel auskleidende Zellschicht wird offenbar durch den Reiz angeregt und wuchert rapide, wobei Epithelknospen in einer meistens aufwärts ziehenden Richtung an den Seiten des Follikels ausgeschickt werden. Durch diese Knospen ist das unregelmäſsige Wachstum des oberen Teils des Tumors bedingt, während die tiefer gelegenen, gröſseren Massen die Stelle der Talgdrüsen eingenommen haben.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Dr. UNNA meinen Dank aussprechen für die liebenswürdige Überlassung dieses Falles und für die freundliche Besprechung des Für und Wider meiner Theorie, und ferner möchte ich Herrn Dr. PHILIPPSON für seine mir sehr nützliche Kritik danken.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nicheim.)

Korrespondenz.

Honolulu, November 1891.

(Brief von Dr. ADOLF LUTZ.[1])

Da wir uns einmal auf das Gebiet der parasitären Hautkrankheiten begeben haben, so wollen wir noch kurz einiger durch tierische Parasiten hervorgerufener Affektionen gedenken. Vor allem ist hier die Scabies zu erwähnen, welche unter den Eingeborenen so häufig ist, dafs ich die Zahl der Befallenen auf ca. 20 % schätzen mufs. Diese Zahl ist um so erschreckender, wenn man in Betracht zieht, dafs jeder Eingeborene ärztliche Behandlung und Medikamente umsonst haben kann. Wenn eine so leicht zu kurierende Krankheit, wie diese, bisher weder aus den Schulen noch aus dem „Lepersettlement", wo doch die Kranken alle ärztlich untersucht worden sind, jemals hat ausgerottet werden können, was soll man dann noch für die Krankheiten hoffen, bei denen sowohl Diagnose, als Therapie weit gröfsere Schwierigkeiten bieten?

Von den verschiedenen anderen tierischen Schmarotzern, welche die menschliche Haut bewohnen oder wenigstens vorübergehend in Anspruch nehmen, hat sich hier im Lauf der Zeit eine ganze Anzahl eingefunden. Vor Ankunft der Weifsen war wohl keiner derselben hier vorhanden, und verdienten die Inseln also wenigstens in dieser Hinsicht wohl den Namen eines Paradieses. Über den Zeitpunkt der Importation des gewöhnlichen Flohes, sowie der Moskitos existieren hierzulande noch Traditionen, während über die Einführung anderer unangenehmer Haut- und Hausbewohner die Geschichte schweigt.

Während sich der Pulex irritans hier einer allgemeinen, obwohl für ein Tropenland nur mäfsigen Verbreitung erfreut, ist der Pulex penetrans zum Glücke noch ganz unbekannt. Von den Pediculiden habe ich weder Phthirius pubis, noch Pediculus vestimentorum beobachtet; dagegen kommt Pediculus capitis vor. Ob er auch bei den Hawaiiern die Hautfarbe des

[1] Fortsetzung von S. 155 in No. 4 dieses Bandes.

Wirtes annimmt, habe ich nicht beobachtet; dagegen hatte ich früher Gelegenheit zu beobachten, dafs die Kopflaus des Negers eine so dunkle Farbe hat, dafs sie auf der Haut des Weifsen sofort auffällt, wenn sie sich soeben zufällig auf dieselbe verirrt hat. Es wäre wohl interessant die Ursache dieser merkwürdigen Erscheinung festzustellen.

Die Ixodesarten, welche anderswo in den Tropen dem Menschen sehr lästig fallen, sah ich nur auf Vierfüfsern und nicht besonders häufig; dagegen kommt die Hühnerlaus öfter vor und wird gelegentlich auf den Menschen übertragen.

Von den Moskitos kommen hier die zwei Arten zur Beobachtung, welche auch in Südamerika unter demselben Namen der Tag- und Nachtmoskitos bekannt sind. Letztere Art ist wohl dieselbe, in welcher MANSON den Zwischenwirt der Filaria sanguinis gefunden hat. Dieser Wurm, welcher auf den Fidjiinseln häufig zu sein scheint, ist noch nicht nach hier verschleppt; derselbe fände aber hier die besten Entwickelungsbedingungen, da die stets überschwemmten Taro- und Reisfelder für die Moskitos ein wahres Eldorado sind. Honolulu selbst hat unter dieser Plage sehr viel zu leiden; Moskitonetze um die Betten sind fast unentbehrlich, und das in Californien produzierte BUHACH-Insektenpulver (von Pyrethrum cinerariaefolium) spielt hier eine grofse Rolle. Dasselbe wird so präpariert, dafs es langsam glimmend verbrennt und durch seine Dämpfe die Mücken betäubt oder vertreibt.

Von Tieren, deren Bifs oder Stich schmerzhaft ist und gelegentlich auch einmal gefährlich werden kann, verdienen eine Wespenart, ein Skorpion und ein grofser Skolopender genannt zu werden. Dieselben sind wohl alle erst durch die Weifsen eingeführt worden, haben sich aber hier vollständig einheimisch gemacht. Der Skorpion (Isometra filum) gehört zu einer weithin verschleppten Art, deren Stich mäfsig schmerzhaft und wenigstens für den Erwachsenen ganz ungefährlich ist; der Bifs des Tausendfüfslers scheint weit schmerzhafter zu sein und wird zudem öfters wiederholt; indessen dürften auch hier Todesfälle zu den allergröfsten Seltenheiten gehören.

Giftschlangen giebt es bekanntlich in den Sandwichinseln nicht; überhaupt beschränken sich die Reptilien auf einige kleine Saurier und Seeschildkröten, während die Amphibien gar nicht vertreten sind.

Ich wende mich nun zum Kapitel der Hauttumoren, und zwar zuerst zu den gutartigen. Fibrome und Lipome finden sich hier, wie wohl überall, ohne dafs etwas Besonderes zu bemerken wäre; nur die ganz besondere Häufigkeit der Lipome bei den japanesischen Arbeitern verdient Erwähnung. Bei diesen Leuten, welche an schwere Arbeit gewöhnt sind, finden sich die Lipome besonders an den Schultern und am Nacken, welcher ja auch sonst Prädilektionsort ist; es ist wohl berechtigt, ihre

Entstehung auf den beim Lasttragen stattfindenden Druck zurückzuführen.

Bei Hawaiiern habe ich mehrmals Xanthom der Augenlider beobachtet; dasselbe erscheint mit seiner blafsgelben Farbe auf der dunklen Haut viel auffallender, als bei Weifsen.

Ich habe hier auch einen Fall von dem so seltenen Xanthoma diabeticorum beobachtet; übrigens möchte ich die Affektion trotz übereinstimmender histologischer Befunde für etwas von dem gewöhnlichen Xanthom völlig Verschiedenes halten. Der Fall betraf einen Portugiesen von mittlerem Alter, welcher seit längerer Zeit an einer schweren und für die Behandlung wenig zugänglichen Form von Diabetes mellitus litt. Die runden Knötchen waren ziemlich empfindlich und hatten nur bei völliger Entwickelung die eigentümliche eitergelbe Farbe; auch dann zeigten sie noch zum Teile das Aussehen, welches sie beim ersten Auftreten und beim Verschwinden darboten, nämlich den eines Granulomes. Sie waren sehr zahlreich auf den Extremitäten. Obgleich die innerliche Behandlung nur geringen Erfolg erzielte und die lokale Behandlung mehr symptomatischen Zwecken diente, wurde doch eine entschiedene Besserung beobachtet, die sich so lange hielt, bis der sehr heruntergekommene Kranke einem Influenzaanfalle erlag.

Bei einem kräftigen Kanaken fand ich auf der Bauchhaut drei typische Mollusca contagiosa; merkwürdigerweise ist dieser Fall ganz vereinzelt geblieben. Auch der Patient blieb nach Entfernung der Geschwülstchen dauernd geheilt.

Cancroide der Haut habe ich bei Hawaiiern nie beobachtet, dagegen mehrmals bei Weifsen. Übrigens sah ich verschiedene Male Carcinome innerer Organe bei Hawaiiern.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 2. Februar 1892.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Herr Lassar zeigt Karten, welche folgende **Verhaltungsmafsregeln für syphilitische Patienten** während und nach der Behandlung mit Einspritzungen oder Einreibungen enthalten und die er poliklinischen Patienten bei Beginn der Kur übergiebt:

Die Jod-Medizin wird (dreimal täglich ein Efslöffel) kurz nach den Mahlzeiten, am leichtesten in Milch, genommen. Nach jeder Mahlzeit Zähneputzen (mit weicher Zahnbürste und Zahnpulver oder Seife). Aufserdem viermal täglich Gurgeln. NB. Bei Beginn der Kur zum Zahnarzt gehen!

Mindestens zweimal wöchentlich ein warmes Seifenbad von 28 Grad und 30 Minuten Dauer. Aufserdem ist vor jeder Einspritzung die betreffende Hautstelle abzuseifen.

Thunlichst kräftige Ernährung (besonders viel Milch, Fette, auch Milch- und Biersuppen, Hülsenfrüchte, womöglich Fleisch und Eier). Dabei vollständige Enthaltsamkeit von geistigen Getränken (kein Schnaps! Doch ist ein Glas Bier ab und zu erlaubt) und gänzliche Zurückhaltung vom Geschlechtsverkehr (auch nicht küssen!)

Viel Bewegung im Freien!

Nicht rauchen!

Früh zu Bett!

Das Ende der Kur bestimmt allein der Arzt (gewöhnlich nicht vor 30—40 Behandlungstagen); auch später stellt sich zwei- bis dreimal jährlich jeder Patient, selbst bei anscheinender Gesundheit, in den Sprechstunden wieder vor, denn die Krankheit macht meistens Rückfälle!

Vor allen Dingen nicht heiraten ohne vorherige Rücksprache mit dem Arzt! Bereits verheiratete Patienten haben sich unter allen Umständen längere Zeit vom ehelichen Verkehr zurückzuhalten! Die Krankheit ist stets durch Ansteckung entstanden; es wird deshalb auf das Ernstlichste davor gewarnt, dieselbe auf andere Personen zu übertragen!

2. Herr Goldzieher: **Demonstration von Ichthyosis.** Der 15jährige Patient, den er vorstellt, zeigt hochrote Gesichtsfarbe und ein Ektropium am Auge; derselbe ist Schiffer, daher das Ekzem am Gesicht zu erklären ist. Seine ganze Oberhaut ist ichthyotisch verdickt, und zwar ist die Affektion besonders ausgesprochen am Thorax am Bauch und am Rücken. Durch diese Verdickung der Haut ist der Patient nicht im stande, zu schwitzen, und die Teile, die von der Ichthyosis nicht befallen sind, vikariieren, wie das Gesicht. Der junge Mann ist mit der Ichthyosis geboren, eine Schwester leidet ebenfalls an dieser Affektion, drei Geschwister sind gesund. Jeden Morgen haben sich eine Unmasse von Epidermisschuppen gebildet. Im Sommer hat der Patient mehr Beschwerden, als im Winter, indem sich durch die Hitze Rhagaden bilden, die sehr schmerzhaft sind. Im Gesicht entsteht vikariierend im Sommer Hyperidrosis, weshalb dieses häufig durch Glycerin und Waschungen behandelt werden mufs, wenn er Linderung von seinem Ekzem haben will. Therapeutisch kann man durch Theerbäder, Salicylpräparate, Lassarsche Paste den Zustand der Ichthyosis etwas bessern.

Diskussion:

Herr Joseph fragt, ob Fälle beobachtet sind, wo nur die Beugeseiten befallen waren. Er selbst hat einen solchen Fall gesehen und er glaubte, dafs er es mit der Darierschen Dermatose zu thun hätte, allein die Körperchen sind nicht gefunden worden.

Herr Isaac macht auf den Fall aufmerksam, den Herr Lassar als Wachsmodell zeigte und der schon früher einmal vorgestellt war. Damals handelte es sich um eine Ichthyosis verrucosa. Die Pigmentation war aber nichts weiter als Schmutzanhäufung, und es ist darauf hingewiesen worden, dafs neben der Hypertrophie eine Vermin, derung der Pigmentation eintritt.

Herr Lewin hat nicht darauf geachtet, ob die Beugeseiten befallen waren, aber jedesmal war die Achselhöhle frei. Er richtet an den Vortragenden die Frage, ob sich der Patient leicht erkältet; denn er habe beobachtet, dafs in einigen Fällen sich dann Tuberkulose entwickelt hat.

Herr Lassar glaubt, dafs die Ichthyotiker meistens keine Prädilektion für Hautkrankheiten zeigen, aber es kommen Komplikationen, wie Prurigo oder Ekzem mit Ichthyosis vor.

Herr Rosenthal erinnert sich aus der Litteratur einiger Fälle, in denen die Beugeseiten erkrankten. Die Lokalisation der Ichthyosis, speziell der Ichthyosis linearis (Unna), das heifst der nicht in Plaques, sondern in eigenartigen Linien auftretenden Erkrankung, wurde von einzelnen Autoren vom Verlauf der Hautnerven, von anderen (Unna) mit mehr Recht von der Anordnung der Spaltlinien der Haut abhängig gemacht. Er will in den meisten Fällen eine Seborrhoe der Kopfhaut beobachtet haben.

3. Herr Lewin: Krankenvorstellung. Der Patient leidet aufser an **gummösen Geschwüren** des ganzen Körpers an einer **Orchitis gummosa.** Die Diagnose war anfangs durch eine komplizierende Hydrocele (etwas Hydrocele ist in allen Fällen vorhanden) so erschwert, dafs erst nach der Punktion der charakteristische Tumor zu fühlen war. Die Gummata des Hodens sind bei der galoppierenden Syphilis selten; sie entstehen gewöhnlich aus dem Bindegewebe, finden sich daher in dem bindegewebsarmen Nebenhoden fast nie. Ihre Prädilektionsstelle ist das an Bindegewebe reiche Corpus Highmori auf der Grenze zwischen Hoden und Nebenhoden. Die Hodengummata leisten vielfach der Therapie energischen Widerstand, doch hat er vom Jodkalium, Hydrargyrum und einer lokalen Kompression günstige Wirkungen gesehen.

Diskussion:

Herr Saalfeld fragt, ob Herr Lewin bei hartnäckigen Fällen Zittmann angewandt habe, worauf Herr Lewin erwidert, dafs er zwei Fälle beobachtet hat, wo nach viel Hydrargyrum Zittmann Erfolg erzielt hat.

Herr Rosenthal erinnert an seinen in der Medizinischen Gesellschaft vorgestellten Fall, bei welchem ein typisches Gumma in der Cauda und nicht im Caput des Nebenhodens konstatiert wurde.

4. Herr Lewin: **Eine Peroneuslähmung nach intramuskulärer Einspritzung.** L. demonstrierte an einem etwa 30jährigen Patienten, dem aufserhalb der Charité eine intramuskuläre Injektion gegen die bestehende Lues gemacht war, eine Lähmung des N. peroneus. Die Injektion war zu weit nach aufsen in der Gegend des Trochanter vorgenommen worden. Möglicherweise ist die Empfehlung von Smirnoff, drei Finger breit vom Trochanter entfernt zu injizieren, die Veranlassung gewesen. Die Lähmung betrifft alle vom N. peroneus profundus und superficialis versorgten Muskeln. L. hat, trotzdem unter seiner Leitung in der Charité mehrere Millionen Einspritzungen gemacht sind, einen ähnlichen Fall noch nie beobachtet.

Diskussion:

Herr Lassar wirft die Frage auf, ob nicht nach übertriebenen Quecksilberinjektionskuren Lähmungen oder Kontrakturen von Muskeln auftreten können; es könnte sich um eine toxische merkurielle Myositis handeln.

Herr Lewin will einen solchen Fall nie beobachtet haben, obgleich er das Krankheitsbild der spezifischen Myositis studiert hat. Auch Kussmaul hat bei seinen Untersuchungen über Quecksilberintoxikationen nie einen solchen Fall beschrieben.

Herr Lassar hat einen Fall beobachtet, bei dem nach 160 Einreibungen Kontrakturen aufgetreten waren.

Herrn Margoniner ist ein Fall bekannt, bei dem er, weil der Patient glaubte, dafs er an Syphilis leide, nach forzierten Quecksilberkuren eine allgemeine Parese beider Beine konstatieren konnte. Der Patient konnte sich nur mit Hülfe eines Stockes fortbewegen. Massage, Elektrizität und gute Ernährung besserten schliefslich den Zustand.

5. Herr Lassar: **Über Pityriasis rosea.** L. stellt ein an Pityriasis rosea leidendes junges Mädchen vor und demonstriert in mehreren Wachsmodellen die verschiedenen Typen der Krankheit. Durch Komplikationen und sekundäre Veränderungen wird das Krankheitsbild oft undeutlich, so dafs man es manchmal für ein diffuses Ekzem halten kann. Die Pityriasis rosea tritt in kleinen roten, entfernt voneinander liegenden Flecken, aber auch in diffusen Plaques auf. Am charakteristischsten ist die sogenannte Medaillonform: rötliche, unregelmäfsig rund geformte Höfe umgeben einen gelblich gefärbten Innenraum. Anhaltspunkte für das Leiden können wir durch das Mikroskop noch nicht geben; in einem hiesigen Institut sollen keine Pilze gefunden sein. Zwischen Herpes tonsurans und Pityriasis rosea besteht der Unterschied, dafs man beim Herpes tonsurans einen bestimmten Pilz findet. Für die parasitäre Natur des Leidens spricht seine von einer Infektionsstelle (regionär vom Thorax über den ganzen Körper) ausgehende Verbreitung. Meistens gehören zu dieser Ausbreitung 2—3 Wochen. L. hat nun die Ätiologie dieser Krankheit zu ermitteln gesucht und gefunden, dafs bei einer grofsen Anzahl Kranker der Ausbruch der Affektion zeitlich mit der Benutzung neu gekaufter und ohne Reinigung getragener wollener Kleidungsstoffe (Trikottaillen, Hemden, Unterbeinkleider, Strümpfe) in Zusammenhang gebracht werden kann. Infolge von eng anschliefsenden Trikottaillen hat L. circa 12 Fälle von Pityriasis gesehen. Auch bei der vorgestellten Patientin hat seit 14 Tagen das Leiden am Bein begonnen, nachdem sie kurz vorher wollene Beinkleider gekauft und angezogen hat. Dieses ätiologische Moment giebt demnach diesem Leiden einen besonderen Typus, indem eine direkte Ursache auf diese Weise nachgewiesen ist. Therapeutisch ist das Leiden sehr günstig zu behandeln, man darf nur nicht zu reizende Substanzen verwenden. Bestehen Reizzustände, so müssen diese durch Bepudern von Talkum oder Karboltalkum gemildert werden. Ferner haben sich Teerbäder und Salicylschwefelpaste (2% Salicyl, 20% Schwefel) gut bewährt. Bei hartnäckigen Fällen kann die Salicylpaste verstärkt werden. Tritt nach dem Schwefel Dermatitis ein, so wirkt das Zinköl (60 Teile Zink und 40 Teile Öl) sehr günstig. Sublimatwaschungen reizen die Haut, dagegen können in Fällen, die keine Salben vertragen, Waschungen von Zincum sulfuricum oder Plumbum aceticum mit Erfolg angewandt werden.

Diskussion.

Herr Joseph hat dasselbe ätiologische Moment in mehreren Fällen beobachten können. Aber nicht allein bei der Pityriasis, sondern auch beim Lichen ruber planus konnte er ein solches ätiologisches Moment nachweisen. So entstand bei einem Arzte, der auf einer Reise einen sogenannten Lodenanzug getragen hatte, an den Stellen, an denen der Anzug der Haut unmittelbar auflag, ein typischer Lichen ruber. Die gleiche Affektion stellte sich auf der Brust eines Kranken ein, der einer Interkostalneuralgie wegen sich ein Katzenfell um den Thorax gelegt hatte. J. bemerkt aber, dafs er die Pityriasis für gleich mit dem Herpes tonsurans maculosus et squamosus hält.

Herr Rosenthal ist der Ansicht, dafs der Herpes tonsurans maculosus et squamosus zur Herpes-tonsurans-Form gerechnet wird. Wenn auch ein grofser Teil der Autoren diese beiden Formen nicht für gleich halten, weil sie in den Pityriasis-Fällen keinen Fadenpilz gefunden haben, so ist er doch der Ansicht, dafs beide Affektionen identisch sind. Vidal hat die Affektion in zwei Teile geteilt, in circinée und rosea; für die erstere Art ist es ihm gelungen, einen Pilz nachzuweisen.

Saalfeld will als ätiologisches Moment nicht allein die Wolle ansehen, er habe einen Fall beobachtet, wo der Patient Leinen getragen hat. Er hat nach Sublimatwaschungen und Karbolkühlsalbe günstige Wirkungen gesehen.

Herr Blaschko: In einer grofsen Anzahl von Fällen gelingt der Nachweis von Pilzen nicht; in den Fällen, wo sie nachgewiesen sind, sind nur geringe Sporen beobachtet worden. Entscheidend dürfte für alle Fälle nur das Experiment, nämlich die Impfung und Kultur, sein, aber davon sind wir noch weit entfernt. Die Pityriasis rosea stellt sich demnach auch klinisch nicht immer gleich dar, dieselben Formen können nämlich durch verschiedene Pilze erzeugt sein. Er unterscheidet 4 Formen, nämlich 1. die scharf konturierten, 2. die aus kleinen Flecken bestehenden, die nicht so scharf konturiert sind; bei der 3. Form sind vorwiegend die kleinen Follikel erkrankt, und die 4. Form gleicht dem akuten seborrhoischen Ekzem und kommt besonders in der Achselhöhle vor. Ätiologisch sind nicht alle Fälle auf Wolle zu schieben; so wird in England Parchent, Baumwolle getragen, und doch kommt das Leiden dort vor.

Herr Isaac: Trotz sorgfältiger genauer Untersuchungen auf der Lassarschen Klinik ist es nie gelungen, einen Pilz nachzuweisen. Kaposi soll nur in der dritten Woche in der tiefliegenden Haut einen nachgewiesen haben.

Herr Lassar scheidet scharf den Unterschied zwischen dem typischen Herpes tonsurans und der Pityriasis rosea und sagt, dafs man bei der ersteren Erkrankung stets den Pilz nachweisen kann, bei der letzteren vorläufig nicht. Er glaubt auch nicht, dafs die Wolle immer die Ursache zu sein braucht; es können alle Kleidungsstoffe, sofern sie einen Reiz, den wir noch nicht kennen, auf die Haut ausüben, Veranlassung dazu geben.

6. Herr Heller: **Über die Bedeutung der Zirkumzision für die Anatomie der Haut der Glans penis.** H. hat mit Rücksicht auf die praktische Bedeutung der Zirkumzision für die Begünstigung oder Behinderung der Infektion mit syphilitischem Gift die vergleichende anatomische Untersuchung der zirkumzidierten und nicht zirkumzidierten Glans penis begonnen und demonstriert einige mikroskopische Schnitte frischer, d. h. ungehärteter Präparate. Zur Untersuchung wurden entsprechende Stellen gleichalteriger Individuen gewählt. Herr H. ist zu dem vorläufigen durch weitere Untersuchungen zu kontrollierenden Resultate gekommen, dafs durch die Zirkumzision in der Epidermis im Rete Malpighi, in dem Papillarkörper wesentliche Veränderungen in der Haut der Glans vor sich gehen. Im ganzen nähert sich die normal der Schleimhaut ähnliche Haut dem Typus der allgemeinen Körperhaut. Vor allem aber scheint der Mangel des Smegma produzierenden Präputium durch eine starke Ausbildung des Rete Malpighi paralysiert zu werden. Die einzelnen Zapfen des Rete erweitern sich zu handschuhfingerförmigen Gebilden. Diese sind physiologische Äquivalente für die Talgdrüsen, da die sie zusammensetzenden Zellen, wie die Osmiumsäurereaktion ergiebt, reichlich Fett produzieren. Ist der Befund konstant, so ist ein Einwand gegen die therapeutisch indizierte Zirkumzision widerlegt. Die Haut der zirkumzidierten Glans produziert demnach genügendes Fett, um der Gefahr der Trockenheit und der daraus sich ergebenden oberflächlichen Risse, die leicht zu Infektionsstellen werden können, nicht ausgesetzt zu sein.

L. Hoffmann-Berlin.

Im ärztlichen Verein zu Hamburg (*Dtsch. med. Woch.* 1891, Nr. 50) demonstrierte E. Fränkel ein Präparat von **Adenombildung in den acinösen Drüsen der Unterlippe**, die bis kirschkerngrofs waren. Die Lippe hatte vor der Operation das Aussehen eines breiten Wulstes gehabt.

Ebenda demonstrierte Philippson neue fertig **gestrichene Pflaster und Salben**, die von König in Bückeburg dargestellt sind. Dieselben sind billiger, als die Beiersdorfschen, brechen nicht so leicht, reizen nicht und lassen sich leichter von der Haut abziehen.

Dann hielt derselbe einen Vortrag über die **Behandlung der chronischen Gonorrhoe.**[1] In der Diskussion wird ihm eingeworfen, dafs seine Therapie als zu stark irritierend, viele Epididymitiden verursachen müsse, was Ph. verneint. Ferner wird die Ähnlichkeit der von ihm angegebenen Therapie mit der Ultzmanns betont.

F. Hahn-Bremen.

Auf dem XX. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sprach Barth unter Demonstration von Präparaten über 3 Fälle von **Prostatasarkom**, die alle zum Tode geführt haben; er hält die Erkrankung bei rechtzeitiger Diagnose für der Operation zugänglich.

Ferner berichtete von Zoege-Manteuffel über **angiosklerotische Gangraen**, von der er 6 Fälle beobachtet hatte: Beginn mit rheumatoiden Schmerzen mit wenig Remissionen, die zum Gebrauch der Narkotika zwingen. Dann erscheint ein Bläschen am Nagelfalz, das als Panaritium imponiert, und nun schreitet die Verfärbung weiter. Als Ursache werden von den Pat. häufig leichte Erfrierungen angegeben. Lues fehlte in des Vortr. Fällen, ebenso Diabetes und Herzfehler, doch bestand leichte Arteriosklerose. Ernährungszustand gut; Therapie hat anfangs konservativ und abwartend zu sein, da die Gangraen sich manchmal begrenzt. Der Puls ist auf der befallenen Seite schwächer oder fehlt ganz. In diesem Falle hat die Ablatio möglichst hoch oben stattzufinden, im Oberschenkel. Doch empfiehlt Vortr. die Grittische Operation, da durch sie häufig auch alle erkrankten Teile abgesetzt werden, und sie ein besseres funktionelles Resultat giebt. Braun schiebt den klimatischen Verhältnissen in ätiologischer Hinsicht eine Rolle zu, da er die Erkrankung in Mitteldeutschland kaum, im Osten häufiger zu sehen bekam. v. Bergmann operiert im oberen Drittel des Unterschenkels.

F. Hahn-Bremen.

Besprechungen.

Die Haut in physiologischer, diätetischer, prophylaktischer und therapeutischer Beziehung, von Kühner. (Leipzig 1891, B. Konegen.) Nachdem Verf. die Haut in den in der Überschrift angegebenen Beziehungen abgehandelt hat, wendet er sich zu seinem Hauptthema und giebt einen kurzen (aber ganz lesenswerten) Überblick über die verschiedenen Applicationsformen des Wassers, wie sie von den Hydrotherapeuten geübt werden.

F. Hahn-Bremen.

Von den **Annalen aus dem Institut für Pathologie und Bakteriologie in Bukarest**, herausgegeben von Professor Babes, liegt uns jetzt der 2. Teil des I. Jahrg. 1888/89 in Form eines stattlichen Bandes von 500 Seiten mit 13 Arbeiten teils anatomischen, teils klinischen, teils experimentellen Inhalts vor. Zur Besprechung wählen wir die Arbeiten, die ein dermatologisches Interesse haben, aus.

I. Ein Fall von **Pityriasis rubra (Typus Hebra)** von Professor Petrini und Babes. Ein 23jähriger Mann erkrankte vor zwei Jahren unter allgemeinem Unwohlsein und Fieber an einem Ausschlag, welcher in Form von roten, schuppenden und juckenden Stellen auf der Haut auftrat. Dieser Ausschlag breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus und führte, während Patient beträchtlich abmagerte, ohne an sonstiger Krankheit zu leiden, zu einer allgemeinen Atrophie der gesamten Hautdecke. Beim Eintritt ins Hospital wird fig. Status aufgenommen: Keine Veränderung

[1] s. pag. 302.

innerer Organe: Patient klagt über ein spannendes Gefühl in der Haut, über Unbeweglichkeit der gebeugt gehaltenen Finger und über ein beträchtliches Kältegefühl; die ganze Haut ist intensiv gerötet, fein schuppend, Haare spärlich, Nägel verdickt und streifig. Die Röte läfst sich wegdrücken, die Haut ist stellenweise glänzend und deutlich verdünnt; letzteres besonders an den Fingern. Therapeutisch konnte nur durch Fette dem Patienten Erleichterung verschafft werden. — Mikroskopisch finden sich die wichtigsten Veränderungen in der Cutis: alle Gefäfse sind von Rundzellen umgeben, ein Teil derselben zeigt aufserdem noch Sklerose der Wand und Obliteration des Lumens. Die Haarfollikel und Talgdrüsen sind atrophisch. Das Epithel zeigt die gewöhnlichen Veränderungen der Parakeratose.

II. Ein Fall von **alveolärem Melanosarkom der Haut**, Professor Petrini und Babes. Der 36jährige Patient bemerkte vor 3 Jahren das Auftreten einer Geschwulst auf dem Hodensack in der Nähe der linken Inguinalskrotalfurche, wo er sich einige Wochen vorher eine Rifswunde zugezogen hatte. In den nächsten 2 Jahren traten neue Knoten von bläulicher Farbe unter Schmerzen auf dem Hodensack und in der Gegend obiger Furche auf, und wurde daher der linke Hoden und die Tumoren chirurgisch entfernt. In den nächsten Monaten bildeten sich zahlreiche neue Knoten, so dafs bei der Aufnahme des Patienten im Hospital gegen 200 kleinste bis maiskorngrofse Tumoren in der Genital-Analgegend und deren Umgebung konstatiert wurden. Diese Tumoren entwickelten sich aus kleinen runden schiefergrauen Flecken zu derben blauschwarzen Gebilden. Sie sind zum Teil isoliert, zum Teil konfluiert und mit weifslichen Schuppen bedeckt. Die zwischen ihnen liegende Haut ist derb anzufühlen und läfst den tastenden Finger noch tiefer liegende Knoten entdecken. Leistendrüsen geschwollen. Patient im übrigen normal; nur die Blutuntersuchung ergiebt den Befund von schwarzen Granulationen im Protoplasma einzelner weifser Blutkörperchen und die Harnuntersuchung eine Verminderung an Harnstoff und Harnsäure, sowie die Eigenschaft, dafs der hellgelbe Harn, dem Lichte ausgesetzt, allmählich schwarz wurde. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein Melanosarkom von alveolärem Aufbau, ohne Beteiligung epithelialer Gebilde.

III. Ein Fall von **idiopathischem multiplen Pigmentsarkom der Haut mit Beginn an den Extremitäten** von Professor Babes und Kalindero. Bei dem 24jährigen Patienten begann die Krankheit vor 3 Jahren mit Schwellung der Hand- und Fufsgelenke, welche allmählich zunahm und zu welcher sich eine Verfärbung gesellte. In den letzten 4 Monaten sind die blauroten Flecke auch auf anderen Körperstellen, aufgetreten, und haben sich dieselben zum Teil in Knoten umgewandelt. Zur Zeit des Eintritts ins Hospital zählt man mehr als 450 derartige Knoten, welche am dichtesten auf den unteren Extremitäten und auf der Brust stehen, aber auch Hals, Bauch und Gesicht befallen haben. Es sind bläuliche bis braunrote erbsen- bis haselnufsgrofse derbe Knoten, welche in den höheren oder tieferen Cutislagen sitzen oder auch bis in die Subcutis reichen. Sie sind nicht schmerzhaft. Schleimhäute sind frei. Keine Allgemeinsymptome, mit Ausnahme stetig zunehmender Abmagerung. Die verschwindenden Knoten hinterlassen pigmentierte Narben, nur wenige ulzerieren. — Mikroskopisch besteht der Tumor fast nur aus neugebildeten Gefäfsen und fusiformen Bindegewebszellen, wie bei Angiosarkomen. *L. Philippson-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Resultate von Injektionen mit KOCHscher Lymphe an der dermatosyphilopathischen Klinik in Pisa berichtet UMB. MANTEGAZZA im *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle*; fasc. IV. 1891. — Von den 12 Patienten, an denen die Injektionen vorgenommen wurden, waren 8 mit tuberkulösen Affektionen (6 Lupus, 2 Scrophuloderma, 2 mit Psoriasis, 1 mit Ekzem, 1 mit Sycosis vulg. behaftet. Während die allgemeine Reaktion durchweg eine beträchtliche war, konnte man lokale, d. h. eine therapeutische Wirkung allein bei den Lupuskranken (mit Ausnahme von je 1 Fall von Psoriasis und Ekzema seborrh., welche durch die Kur gebessert wurden) nachgewiesen werden, und auch hier nur nach den ersten Injektionen, da die ferneren wirkungslos blieben. Auf Grund dieser Resultate der Injektionen, sowie derjenigen der mikroskopischen Untersuchung hält M. den Erfolg für wenig ermutigend, da sie einerseits vor den übrigen therapeutischen Methoden keine Vorteile aufweisen, andererseits aber mit nicht zu unterschätzenden Gefahren verbunden sind. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beiträge zur Kasuistik der Transplantationen, von F. X. HELD. (Inaug. Diss., München 1890.) Verfasser teilt die Erfahrungen mit, welche am Augsburger Krankenhause mit den verschiedenen Methoden, grofse Defekte zu decken, erzielt wurden. Im allgemeinen giebt er der Überpflanzung gestielter Lappen den Vorzug, was Abkürzung der Überhäutung und Sistierung der Eiterung anbelangt; doch auch von THIERSCH' und REVERDINS Methoden sah er gute Erfolge. Dagegen gab die Überpflanzung der von abgesetzten Gliedern oder jungen Hühnchen gewonnenen Haut negative Resultate. *F. Hahn-Bremen.*

Über gesunde und kranke Cilien, von C. GUNDELACH (Inaug.-Diss., München 1891.) Verfasser hat die Cilien bei verschiedenen Lidranderkrankungen untersucht und zwei Arten kranker Cilien gefunden. Während die gesunden Cilien bogenförmig, gegen Basis und Spitze gleichmäfsig verjüngt erscheinen, ist die erste Art der kranken Cilien gröfser, plumper, von der Basis zur Spitze keilförmig abnehmend, stärker pigmentiert; die zweite Art ist kleiner und dünner, geknickt oder gewellt. Nach der mikroskopischen Untersuchung faſst Verfasser die erste Form als die hypertrophische auf: sie zeigen in der Jugend hypertrophisches Wachstum, später unterliegen ihre nicht verhornten Elemente der fettigen Degeneration. Die zweite Form ist die atrophische, wobei gesunde Cilien während ihrer Entwickelung der Atrophie und Degeneration anheimfallen. Von Pilzen fand Verfasser nur Sporen von Penicillium und Saccharomyces an den äufseren Teilen des Haares hängen, nicht im Gewebe selbst. Auf Bakterien wurde nicht untersucht. *F. Hahn-Bremen.*

Im *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle*; fasc. IV. 1891, macht Professor GAMBERINI aus der dermosyphilop. Klinik in Bologna Mitteilungen über:

I. **Lymphdrüsenentzündungen bei Ulcus molle.** GAMBERINI unterscheidet Entzündungen der Drüsen selbst, Monoadenitis und Entzündung des periglandulären Bindegewebes, Periadenitis. Erstere geht immer in Eiterung über, der Eiter ist inokulabel und erzeugt, übergeimpft, immer wieder spezifisch Ulcera mollia (LELOIR). Bei der Periadenitis, die als einfache, nicht spezifische Entzündung aufgefafst werden

müsse, bleibt die Eiterung, wenn rechtzeitig eingegriffen wird, aus oder verläuft wieder; der Eiter ist nicht inokulabel.

II. macht er aufmerksam auf die zuweilen auftretenden diagnostischen Schwierigkeiten bei **Pediculosis** (capitis et vestimentorum), welche öfters Prurigo und Lichen vorgetäuscht haben. Es sei daher zu achten auf die Lokalisation des impetiginösen Prozesses am Nacken bei Pediculi capitis, sowie auf die durch Kratzen entstandenen strichförmigen gelblichen Pigmentationen an den charakteristischen Stellen bei Pediculosis vestimentorum.

III. Bei **Psoriasis** hat sich ihm als ausgezeichnete Therapie erwiesen der innerliche Gebrauch von Arsenik, sowie die Applikation von Salben mit Schiffsteer, verbunden mit prolongierten Schwefelkalium-Bädern. Von KJ in hohen Dosen hat er keine Wirkung gesehen.

IV. Als Ursachen der **Pityriasis capitis** führt er an: Anwesenheit eines Saccharomycespilzes; Störungen geringeren Grades der Talgdrüsensekretion; Trichophytia disseminata; verschiedene äufsere Einflüsse. Ferner hat er beobachtet, dafs öfters das als haartreibendes Mittel angewandte Ricinusöl Pityriasis erzeugt habe.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Receptformeln: (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 704 ff.)

Bei **skrophulös geschwollenen Drüsen:**

Jodi puri	0,5
Kalii jod.	2,0
Glyzerin.	30,0.

Mit dieser Lösung werden die Drüsen 2 mal täglich eingepinselt.

Verbandwasser bei **Geschwüren:**

Zinc. sulf.	3,75
Aq. dest.	600,0
Acid. sulf. dil.	15,0

Nach Reinigung des Geschwürs mit heifsem Wasser wird es alle drei Stunden mit diesem Wasser frisch verbunden.

Türkheim-Hamburg.

Angioneurosen.

Symmetrische Gangrän und Syphilis, von A. Elsenberg. (*Gazeta Lek.* 1892. No. 5.) Der Fall betrifft ein 22jähriges kachektisches Weib mit Vergröfserung der Milz und Leber, mit kontinuierlichem Fieber und Durchfällen. Am Rumpfe und den Extremitäten fanden sich zahlreiche Petechien, sämtliche Zehen waren gangränös, auch auf den Unterschenkeln fanden sich gangränöse Plaques, im Gesicht an den Fingern und auf dem Handrücken blauschwarze anästhetische Flecke.

Die Autopsie ergab Hepatitis sclero-gummosa, weicher Milztumor, Nephritis parenchymatosa, an den Ästen der Arteria dorsalis pedis harte Knötchen in den Wandungen (Näheres fehlt). In der Cutis, besonders aber der Subcutis vom Rande der Gangränherde aus Arteriitis obliterans der kleinsten Arterien. (Stimmt mit dem Recklinghausenschen Befunde bei Raynaudscher Krankheit und Sklerodermie überein. Ref.) *Funk-Warschau.*

3 Fälle von Gangrän bei Kindern, von Graucher. (*Union méd.* No. 78. 1891.) In den beiden ersten Fällen wurde lokale Asphyxie diagnostiziert, die den Verlust verschiedener Zehen nach sich zog; der 3. Fall entstand dadurch, dafs man ein an Pertussis leidendes, bereits sehr heruntergekommenes Kind impfte und sich zuerst an den Impfstellen, später auch am Rumpfe und den Extremitäten gangränöse Stellen bildeten, die das Kind schnell herunterbrachten. (Warum man ein derartiges Kind der Vaccination unterzog, ist nicht ersichtlich. Ref.) *P. Taenzer-Bremen.*

Fall von Hämophilie bei einem 2½jährigen Kinde, von R. Demme. (28. Bericht des Jennerschen Kinderhospitals in Bern. 1891.) Im Anschluſs an die Mitteilung dieses Falles, wo es zu häufigen Blutungen in die Haut, sogar wahrscheinlich in das Perikard kam, glaubt Verf., daſs die Vererbung der Krankheit analog dem Hornerschen Gesetz für die Farbenblindheit stattfindet, d. h. daſs die Frauen aus Bluterfamilien von der Krankheit verschont bleiben, dagegen vererben sie dieselbe auf ihre Knaben. Die Krankheit ist daher niemals erworben, sondern stets vererbt. Zum Beweise dafür werden die bekannten Beispiele citiert. Auch in des Verf. eigenem Falle waren die weiblichen Verwandten verschont geblieben, zwei Brüder des Patienten litten bei den geringsten Verletzungen an unstillbaren Blutungen und starben schlieſslich an Darmblutungen infolge eines Typhus; zwei Brüder der Mutter des Patienten, sowie ein Bruder der Groſsmutter mütterlicherseits waren gleichfalls an Blutungen verstorben. Die Verminderung der roten Blutkörperchen wird als die Folge der häufigen Blutverluste gedeutet, während die abnorme Durchlässigkeit und Brüchigkeit der Kapillaren und feineren Blutgefäſse als die prima causa angesehen werden dürfte.

P. Taenzer-Bremen.

Auf der wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Ärzte in New York (*New Yorker med. Monatsschr.* 1891. No. 11) stellt Pollitzer einen Fall von **Urticaria bullosa** vor. Auſser zahlreichen, teils eitrigen, teils serösen Blasen fanden sich typische Urticariaquaddeln. Besserung unter alkalischen Bädern und Streupulver. Diese Krankheit ist als Emigrantendermatose bezeichnet, da sie meist eben in Amerika angekommene Leute befällt. P. faſst sie daher als Reflexangioneurose infolge der veränderten Lebensweise während der Oceanreise auf. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Ätiologie des akuten angio-neurotischen oder „umschriebenen Hautödems“, von Dr. H. Bauke. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 6. 1892.) B. weist an zwei Beispielen nach, daſs in der Mehrzahl der Fälle Nervenkranke von diesem Leiden befallen werden. Eine Erblichkeit ist oft nachgewiesen. Die Hautschwellungen zeigten sich vielfach infolge von psychischen Gemütserregungen, nach Schädigungen, die erfahrungsgemäſs das Centralnervensystem in erster Linie treffen, z. B. bei Alkoholismus, zusammen resp. gleichzeitig mit anderen nervösen Beschwerden, z. B. Neuralgien, Kontrakturen, Sensationen. Bei denselben Patienten sind auch andere vasomotorische Neurosen, wie Basedow und Urtikaria, beobachtet worden. Die Schwellungen werden nur halbseitig wahrgenommen und zwar zu Zeiten, die das Auftreten resp. eine Verschlimmerung nervöser Erscheinungen entschieden begünstigen, z. B. während der Menses und des Klimakteriums. Die Besserung trat auch ein mit einer Besserung der nervösen Erscheinungen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Über Lichenifikation der Haut, von Dr. L. Brocq. (*Bibliothèque génér. de méd.* Paris 1891.) Unter dieser, die reiche dermatologische Nomenklatur wiederum vergröſsernden Bezeichnung versteht Verf. diejenigen Veränderungen der Haut, welche durch infolge von Jucken hervorgerufenes Kratzen bei bestimmten (gewöhnlich nervösen) Personen sich entwickeln: Verdickung, Verhärtung, Rauhigkeit, stärkeres Hervortreten der Oberhautfelderung. Da das erste Symptom dieser Erkrankung das Jucken ist, so gehört dieselbe zu den nervösen Krankheiten der Haut und nicht, wie es die Wiener Schule verlangt, zu den Ekzemen, wo die Hautveränderungen erst das Jucken bedingen. Da ferner die an vorhergehendes Jucken sich anschlieſsende Veränderung der Haut (Lichenifikation) entweder auf vorher gesunder Haut auftreten

kann oder im Verlaufe einer mit Jucken verbundenen Krankheit, so unterscheidet Verf. primäre und sekundäre Lichenifikation, welch letztere eine gewöhnliche Komplikation von chron. Ekzemen, Prurigo, Psoriasis, Lichen planus und anderen chronischen, juckenden Krankheiten sind. — Verf. hat auf diese Weise die alten in dem Hebraschen Ekzembegriff aufgegangene Symptomengruppe des Lichen simplex als selbständige Krankheit restauriert und damit das immer weitere Kreise interessierende Bestreben, den Ekzembegriff auf seinen Inhalt zu prüfen, gefördert.

L. Philippson-Hamburg.

Über Herpes zoster bei Diabetes, von P. Vergely. (*Progrès méd.* No. 39. 1891.) Den wenigen in der Litteratur bekannten Fällen reiht Verf. zwei eigene Beobachtungen an und glaubt damit den Anstofs zur Publikation weiterer Fälle gegeben zu haben, da anzunehmen ist, dafs auch die Zona ebenso häufig im Gefolge des Diabetes auftreten dürfte wie viele andere neurotische Dermatosen. Eine prognostische oder diagnostische Bedeutung will Verf. der Koincidenz beider Affektionen noch nicht beimessen.

P. Taenzer-Bremen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Comittee.* No. 3.

Lepra in Norwegen.

Armauer Hansen schreibt: Ich stimme mit meinem Freunde Dr. Kaurin vollständig darin überein, dafs Dr. Bordoni-Uffreduzzi etwas anderes als den Leprabacillus gezüchtet haben mufs. Es ist mir ebensowenig wie Dr. Kaurin gelungen, den Bacillus im Knochenmark nachzuweisen. Ich bin sehr geneigt zu glauben, dafs Dr. Bordoni-Uffreduzzi den Tuberkelbacillus gezüchtet hat, trotzdem die Impfversuche keine positiven Resultate ergaben, was vielleicht als Beweis, dafs es sich hier doch um Leprabacillen handelte, gedeutet werden könnte. Wir wissen aber, dafs die Virulenz des Tuberkelbacillus oft eine sehr geringe ist, und es ist wohl möglich, dafs die gezüchteten Bacillen ganz oder fast ganz frei von virulenten Eigenschaften waren. Dr. Bonome schildert die Lungen des Patienten, von welchem Dr. Uffreduzzi das Material für seine Kulturen entnahm, als von Lepra ergriffen. Er stützt seine Diagnose darauf, dafs die Bacillen in den Schnitten sich leichter färbten, als die Tuberkelbacillen; aber er berichtet, dafs er in seinen Präparaten Myelophyten gefunden habe, welche unzweifelhaft der Tuberkulose angehören. Ich habe in Präparaten von Lepragewebe niemals Riesenzellen gefunden und glaube die Berechtigung zu haben zu der Erklärung, dafs dieselben thatsächlich niemals bei leprösen Affektionen vorkommen. Ein anderer Punkt, auf den ich grofses Gewicht lege, ist dieser, dafs, so weit ich mich erinnere, der Zustand der Bronchialdrüsen von Bonome nicht erwähnt wird, es müfsten aber, falls die Lungenaffektion lepröser Natur war, diese Drüsen das charakteristische lepröse Aussehen dargeboten haben. Es kann also meiner Meinung nach gar kein Zweifel darüber obwalten, dafs der Patient, der das Material für Dr. Uffreduzzis Kulturen lieferte, Tuberkulose hatte.

In früheren Jahren litten die Patienten in unseren Anstalten hier in Bergen und namentlich in Pleiestiftelsen No. 1 sehr häufig neben der Lepra auch an Tuberkulose, und infolge dessen habe ich sehr vielfach die beiden Krankheiten im Verein miteinander beobachtet, und ich habe es niemals schwer gefunden sie von einander zu unterscheiden. Bei Lepra finden sich, wie schon erwähnt wurde, niemals Riesenzellen und niemals käsige Degeneration; die leprösen Veränderungen an den Lymphdrüsen sind so charakteristisch, dafs man dieselben niemals mit einer tuberkulösen

Affektion derselben Organe verwechseln könnte, und ich habe niemals die bronchialen oder meseraischen Drüsen von Lepra befallen werden sehen. Den gröfseren Teil dieser Beobachtungen habe ich zwar ausgeführt, bevor der Bacillus entdeckt wurde, aber dennoch bin ich von der Richtigkeit meiner Beobachtungen vollkommen überzeugt. Ich habe zu jener Zeit die Lymphdrüsen mit besonderer Sorgfalt untersucht, weil ich gerade damit beschäftigt war, eine Abhandlung über die krankhaften Veränderungen der Lymphdrüsen zu schreiben. Heutzutage sehen wir aber sehr selten Fälle von Tuberkulose, es müfste denn sein, dafs der Patient schon bei seinem Eintritt tuberkulös erkrankt war. Früher, glaube ich, wurden sehr viele innerhalb des Hospitals infiziert. Bei den Fällen, welche ich in den letzten Jahren gesehen habe, und welche ich auf Bacillen untersucht habe, ist mir niemals Lepra an den Lungen oder im Darmkanal begegnet. In der Milz habe ich gleichzeitig Lepra und Tuberkulose gesehen und habe es sehr leicht gefunden, die eine von der andern zu unterscheiden; in den tuberkulösen Teilen finden sich eben Riesenzellen und in den leprösen Teilen keine. Wenn ein so befähigter Forscher wie Dr. Arning lepröse Veränderungen im Darmkanal gefunden hat, so kann ich natürlich deren Vorhandensein nicht leugnen; ich kann nur erklären, dafs ich selber dieselben noch nicht gefunden habe; ich habe aber sehr häufig Tuberkulose im Ileum gefunden, und dann sind die Drüsen des Mesenteriums nachweislich tuberkulös und nicht leprös entartet gewesen.

Lepra auf Kreta.

A. Biliotti: Die dürftige Beschaffenheit der Nahrung im allgemeinen und die weitere Einschränkung derselben während der von der griechischen Kirche vorgeschriebenen Fasten mögen sehr wohl bei den Hirten und den ackerbautreibenden Einwohnern von Kreta ein disponierendes Moment für die Entwickelung der Lepra abgeben. Hierzu kommen noch die Feuchtigkeit und die relative Kälte, denen diese Leute im Winter ausgesetzt sind, und wodurch sehr wohl eine Minderwertigkeit des Blutes und allgemeine Schwäche des Organismus bedingt sein können, die dann zur Lepra, die gerade bei diesen Klassen am stärksten vertreten ist, wohl disponierter machen. Es giebt aber keine besondere Diät, von der man behaupten könnte, dafs dieselbe an sich hinreichend wäre, die Krankheit hervorzurufen; denn in den Dörfern, von denen oben die Rede war, auf dem Berge Ida, nährt sich die fast ausschliefslich aus Hirten bestehende Bevölkerung hauptsächlich von Fleisch, Milch und Käse und verbraucht viel weniger Öl, als sonst gewöhnlich der Fall ist. Indessen ist Lepra seltener bei den Muselmännern zu finden; dieselben halten aber ihre Wohnungen auch reinlicher, essen viel weniger von eingesalzenen Fischen und natürlicherweise kein Schweinefleisch; sonst aber sind ihre Gewohnheiten dieselben wie diejenigen der Christen.

Die Theorie, dafs eine Fischnahrung bei der Entwickelung der Lepra eine wichtige Rolle spiele, scheint kaum mit dem Umstand vereinbar, dafs die Krankheit in den Städten, welche alle an der Seeküste gelegen sind, sehr selten vorkommt; denn dieselben sind nicht gut mit frischen Fischen versorgt, und es findet auch dort ein beträchtlicher Verbrauch von gesalzenen Fischen statt.

Was die Übertragung der Krankheit von der einen Generation auf die andere betrifft, so finden wir, dafs von 97 Fällen bei 26 entweder der Vater oder die Mutter leprös erkrankt war, und dafs 60 der Kranken lepröse Verwandte hatten, woraus man entnehmen kann, dafs wenigstens eine Disposition zur Lepra sich vererben kann, obgleich dieselbe in vielen Fällen latent bleibt und oft genug bei der ganzen Generation nicht zum Vorschein kommt.

Dafs das Leiden gar nicht oder nur in ganz geringem Grade kontagiös ist, geht daraus hervor, dafs viele Fälle bekannt sind, wo gesunde Frauen mit Leprakranken verheiratet sind und mit ihnen jahrelang leben, ohne im geringsten affiziert zu

werden. Ja, wenn die Krankheit ausgesprochen kontagiös und hereditär übertragbar wäre, so würde sie unfehlbar sich viel stärker ausbreiten, als dies der Fall ist, sintemal es den Leprakranken freisteht, ganz nach ihrem Belieben untereinander oder mit gesunden Personen sich zu verheiraten, und ihre Kinder bei ihnen bleiben genau so wie in gesunden Familien, ohne dafs zu ihrem Schutze irgendwelche Mafsregeln ergriffen werden.

Lepra am Kap der guten Hoffnung.

Dr. Simons: Bericht über zwei Fälle zum Beweise der Kontagiosität der Lepra:

Bei dem ersten Falle sind die berichteten Verhältnisse eigene Beobachtungen des Verfassers, der bei der betreffenden Familie seit 1860 Hausarzt war.

1. Ein wohlhabender Ökonom hatte einen mit Lepra behafteten, farbigen Diener, der gleichzeitig als Schlachter funktionierte. Nach einiger Zeit erkrankte die damals 10jährige Tochter mit deutlichen Symptomen der Lepra in Gestalt von anästhetischen, entfärbten Stellen an den Beinen und Armen; innerhalb fünf Jahre führte die Krankheit zum Tode.

Ein anderer farbiger Mann, Fuhrmann auf demselben Gute, der mit dem erstgenannten sehr gut Freund war, war der nächste, der an Lepra erkrankte. Späterhin acquirierte der Ackerwirt selber die Krankheit. Er hatte es möglichst vermieden, mit seiner Tochter zusammen zu kommen, und war wahrscheinlich durch den Fuhrmann infiziert worden.

Während der Krankheit der Tochter kam ein (jetzt verheiratetes) junges Mädchen auf einige Zeit zur Aushülfe; dieselbe hat jetzt ebenfalls ausgesprochene, lepröse Symptome. Die beschriebenen Erkrankungen fanden in jener einen Familie während der letzten 15 Jahre statt. Die jüngeren Kinder waren um jene Zeit in der Pensionsschule und kamen nicht oft nach Hause, nachdem die Erkrankung der Schwester bekannt war. Es sind da nun drei Töchter, die sämtlich verheiratet sind, und ein Sohn, das jüngste Kind; diese alle scheinen noch gesund zu sein. Ich bin ganz sicher, dafs früher niemals Lepra in dieser Familie vorgekommen war, noch auch in derjenigen des dort einige Zeit zum Besuch weilenden Mädchens, noch auch in derjenigen des einheimischen Fuhrmanns.

Der Ökonom und das Mädchen leben noch, zeigen aber sehr weit vorgeschrittene Stadien der Krankheit.

2. Ein Gutsbesitzer, G. R., adoptierte einen Waisenknaben und hatte ihn fortwährend um sich. Später acquirierte der Mann auf nicht nachgewiesene Weise Lepra und der (jetzt erwachsene) Knabe erkrankte ebenfalls daran. Dr. Simons hat die Familie des Knaben seit 30 Jahren gekannt und weifs bestimmt, dafs bei derselben niemals Lepra vorgekommen war.

Im Jahre 1883 wurde eine Spezialkommission von der Kapregierung eingesetzt, um über die Ausbreitung der Lepra Nachforschungen anzustellen. In dem gedruckten Bericht derselben sagt Dr. Beccard, Vorsteher der Irren- und Lepraanstalt auf Robben Island, dafs ein Mann, Namens L. dadurch Lepra acquirierte, dafs er eine von einem Leprakranken benutzte Flöte spielte, und dafs 30 Jahre später ein Sohn, der nach der Erkrankung des Vaters geboren wurde, ebenfalls erkrankte. Der Vater starb, bevor der Sohn Lepra acquirierte.

In demselben Bericht erwähnt Dr. Eden, Vorsitzender des Gesundheitrates am Kap und früher lange in Indien ansässig, eines Falles, wo ein gesunder Mann mit einer gesunden Familie nach dem Tode seiner Frau mit einer einheimischen Frau, die nachher an Lepra starb, geschlechtlichen Verkehr hafte. Bald nach deren Tode entwickelte sich bei ihm die Krankheit und er starb mit den deutlichsten Symptomen

derselben. Ferner erwähnt er eines Falles, wo ein Kind einer gesunden Familie von einer kräftigen Hottentottin gepflegt wurde, die später an Lepra starb, und wo das Kind später auch ausgesprochene Symptome entwickelte.

Ein ähnlicher Fall ist mir selber begegnet, wobei während der vorübergehenden Krankheit der Mutter ein von gesunden Eltern abstammendes Kind eine Zeitlang von einer anscheinend gesunden einheimischen Frau versorgt wurde; von letzterer wurde später nichts mehr gehört, und ganz durch Zufall nur erfuhr ich, dafs sie vor einigen Jahren an Lepra gestorben sei. Das Kind von damals, jetzt ein in den Zwanzigern stehender Mann, befindet sich in den letzten Stadien der Krankheit.

Hochwürden Canon J. Baker, der 11 Jahre lang Pfarrer auf Robben Island war, erklärt sich in seinem der Kommission eingereichten Bericht entschieden für die Kontagiosität der Lepra. Unter vielen anderen Fällen erwähnt er eines Zimmermanns, der nach Aussage der Mutter das (tötlich verlaufende) Leiden dadurch acquirierte, dafs er häufiger die Leichen verstorbener Leprakranke einsargte. Die Mutter erkrankte später auch an Lepra, was sie dem Umstand zuschrieb, dafs sie die Kleider von ihrem Sohne gewaschen hatte. Da sie eine Engländerin war, ist es nicht wahrscheinlich, dafs sie vor der Geburt ihres Sohnes, der das mittlere Lebensalter beinahe erreichte, infiziert war.

Dr. J. F. Dixon (Robben Island): Ist Lepra kontagiös? Die Geschichte der Leprakolonie auf Robben Island beweist das Gegenteil.

Die Beamten und Einwohner auf der Insel wissen nur von einem einzigen Fall von Erkrankung als direkter oder indirekter Folge des Umgangs mit Leprösen. Derselbe betraf einen halbwüchsigen Schuhmachersohn, der mit den Kranken zusammen afs und deren Fischereigeräte benutzte; bei einer gewissen Gelegenheit hatte er eine Wunde am Finger. Er starb, nachdem er 10 Jahre krank gewesen war. Die Hände und Füfse waren kontrakt, und es bestand allgemeine Atrophie. Als beweisend kann dieser einzelne Fall nicht angesehen werden.

Robben Island besitzt ein Etablissement von mannigfaltiger Art, welches Verbrecher, Irren, chronisch kranke Arme und Leprakranke umfafst. Dasselbe ist einem ärztlichen Verwalter und dessen Assistenten unterstellt. Leprakranke sind dort jetzt wie immer in einer verhältnismäfsig kleinen Minderzahl vorhanden. Im Jahre 1890 waren dort 112 Leprakranke unter einer Gesamtzahl von ca. 700 Seelen, wobei aufser den genannten Klassen auch die Beamten, Diener nebst Familien mitgezählt sind, eine gemischte Kolonie verschiedener Rassen, farbig und weifs. Diese heterogene Niederlassung hat seit etwa 40 Jahren auf der Insel gelebt, und es sind in dieser Zeit viele Dutzende von gesunden Kindern dort geboren und aufgewachsen. Der Gelegenheiten für Übertragung durch etwaiges Kontagium waren viele und von der wirksamsten Art, namentlich durch die Vergesellschaftung von Irren und Leprakranken; und dennoch sind keine Fälle einer stattgehabten Übertragung nachzuweisen. Auch ist, nach den Aussagen von verschiedenen früheren nicht leprakranken Insassen des Hospitals zu schliefsen, die Gefahr der Ansteckung durch einen dortigen Aufenthalt nicht bedeutend, oder sogar überhaupt nicht vorhanden.

Aus den Berichten der früheren Beamten geht hervor, dafs bis zum Jahr 1884 sämtliche schmutzige und oft unflätige Wäsche der Leprakranken von den weiblichen Irren blofs mit kaltem Wasser gewaschen wurde, und dafs häufig das Unterzeug der Geisteskranken damit während des Waschens in Berührung kam. Dies war wahrscheinlich mehr als 30 Jahre so der Brauch, und dennoch findet sich kein nachgewiesener oder behaupteter Fall einer Infektion eines Irrsinnigen mit Lepra auf dieser Insel.

Die Immunität der anderen Einwohner gegen das Leiden ist jedenfalls bemerkenswert, unter den obwaltenden Umständen sogar geradezu erstaunlich.

Die Haustiere dort liefern weitere Beweise über die in Rede stehende Frage, und man könnte fast sagen, dafs dieselben an ihrem eignen Körper aus eigenem Antrieb eine Reihe von Experimenten ausgeführt haben, welche von gröfster Wichtigkeit in dieser Angelegenheit sind.

Bis in letzter Zeit haben die Kühe und namentlich die Kälber gewohnheitsmäfsig grofse Mengen von Umschlägen, die von leprösen Geschwüren kamen, und mit den Lappen und Lumpen, die zum Verbinden der Schwären dienten und dann weggeworfen wurden, gefressen. Das Federvieh pflegte ebenso die Abfälle und Überreste der Nahrung aus der Lepraabteilung zu fressen.

Das Wasser, worin die schmutzigen und unflätigen Kleider und Lumpen der Leprakranken gewaschen worden waren (nur kaltes Wasser wurde verwendet), liefs man eine offene, lange Gosse hinunterlaufen, und Kühe, Kälber und Federvieh aller Art soffen regelmäfsig daraus.

Dieses war viele Jahre so gehandhabt worden, und während der ganzen Zeit wurden das Fleisch des Viehes und des Geflügels, die Eier von den Hühnern und die Milch von den Kühen ausgiebig und fortwährend von allen Teilen der Bevölkerung genossen, ohne dafs irgend welche üble Folgen zu bemerken gewesen wären. Der Schlufs erscheint unwiderleglich, dafs Lepra durch die niederen Tiere nicht übertragen werden kann.

Der Gesundheitszustand des Rind- und Federviehs auf der Insel ist gegenwärtig ein vorzüglicher. Doch ist dies vielleicht nicht so auffallend, wenn man bedenkt, welche ausgiebigen und sorgfältigen Versuche gemacht worden sind, um die niederen Tiere zu infizieren, und alle mit negativem Erfolg.

Noch ein weiteres Exemplum sei hier erwähnt, wobei die Gefahr einer Infizierung der Nahrungsmittel lange Jahre hindurch bestand.

Bis zum Jahre 1889 wurde das nämliche Fuhrwerk sowohl zum Transporte von Brot, rohem Fleisch, Kolonialwaren, als auch von lebenden Leprakranken und sogar der Leichen aus den Lepraabteilungen benutzt. Es wird angegeben, dafs dieser Wagen niemals einer besonderen Reinigung oder Desinfektion unterzogen wurde, und das Aussehen desselben, als der Schreiber dieser Zeilen (Dr. Dixon) ihn zuerst sah, gewährte durchaus keinen Anlafs, an der Wahrheit dieser Aussagen zu zweifeln. Die Särge, in welchen die Lepraleichen untergebracht werden, sind aus Rücksicht auf das Klima oft eilends angefertigt und zeigen häufig die Neigung, an den Fugen zu klaffen. Es kam ganz oft vor, dafs beträchtliche Mengen Eiters und anderer Flüssigkeiten aus solchen Särgen auf den Boden des Wagens aussickerten, und nachher wurde das zum Verbrauch bestimmte Fleisch auf dieselbe Stelle gelegt, ohne irgend welche Vorkehrung zur Verhütung einer Berührung desselben mit den unflatgesättigten, blofsen Brettern.

Was also die Aufklärung der Ätiologie und Ursache der Lepra betrifft, so sind die hier angeführten Thatsachen fast vollständig negativer Art; gleichzeitig scheinen dieselben aber darauf hinzuweisen, dafs ein länger dauerndes, intimes Zusammenleben wahrscheinlich nicht die Ursache der Übertragung von Lepra ist. Zweitens ersieht man daraus, dafs die zur menschlichen Nahrung bestimmten lebenden Tiere der innigsten Berührung mit krankhaften Lepraprodukten ausgesetzt werden können, ohne dafs sie auf irgend eine Weise der Übertragung der Krankheit auf diejenigen, welche das Fleisch davon essen oder die aus solcher Quelle stammende Milch und Eier geniefsen, Vorschub leisten, und drittens ersehen wir hieraus, dafs Nahrungsmittel in ausgedehntem Mafse mit leprösen Verunreinigungen in Berührung gebracht werden können, ohne weiter die Krankheit fortzupflanzen, wenn sie später einer kulinarischen Bearbeitung unterzogen werden.

Diese Aufzeichnungen sind nicht erschöpfend genug, um irgendwelche dogmatische Schlüsse daraus ziehen zu können, aber die darin enthaltenen Thatsachen sind mit Sorgfalt zusammengestellt worden und dürften zum Zwecke des Argumentes einigen Wert besitzen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

c. *Syphilis.*

Über den Nutzen des Aristols zur Behandlung venerischer Geschwüre, von ED. GÜNTZ. (*Memorabilien.* 1891. 2. Heft.) Bei Ulcus molle empfiehlt es der Verf. nur in solchen Fällen, wo das Jodoform nicht vertragen wird, oder wo man den Geruch des Jodoforms zu vermeiden gezwungen ist.

Dagegen ist es in den Fällen von Ulcus durum und bei bösartigen, sekundär syphilitischen Geschwüren, bei zerfallenen Gummigeschwülsten berufen, ein wirkliches Ersatzmittel des Jodoforms zu werden.

Des Verfs. Methode ist folgende: das Ulcus wird mit Aristol bedeckt, dann läfst man mittelst eines Glasstabes einen Tropfen Olivenöl auf das Aristol fallen und bedeckt gleich darauf die kranke Stelle mit Vermeidung von Watte oder Charpie mit Pflanzen- oder Guttaperchapapier. *P. Taenzer-Bremen.*

Ein Fall von latenter Syphilis mit folgendem Diabetes insipidus im kindlichen Alter, von SCHUBERT. (Inaug.-Diss. München 1891.) Verf. beobachtete an der Münchener Poliklinik ein Mädchen von 10 Jahren, die an Diabetes insipidus mit starkem Durstgefühl litt; die Diagnose nahm in ätiologischer Hinsicht Solitärtuberkel in der Gegend des vierten Ventrikels an, zumal das Mädchen tuberkulös belastet war. Herderscheinungen fanden sich nicht. Für Syphilis lag, auch in anamnestischer Beziehung, kein Anhaltspunkt vor. Eine als „Furunkulose" bezeichnete Hauterkrankung, die im Auftreten von eitergefüllten Blasen am ganzen Körper, speziell an dem linken Arm, bestand, komplizierte die Krankheit zeitweilig. Der Tod erfolgte ganz unvermutet unter den Erscheinungen von Drucksteigerung im Gehirn, ohne dafs eine bestimmte Diagnose hätte gestellt werden können. Die Sektion ergab, dafs das Lebergewebe in den centralen Partien zu Grunde gegangen und durch grofse Mengen weifslichen, teilweise gallertig durchscheinenden Bindegewebes ersetzt war. Mikroskopisch: Verbreiterung des acinösen Bindegewebes, kleinzellige inter- und intraacinöse Infiltration. Im Gehirn fand man im Winkel zwischen Schuppe und Pyramide des rechten Schläfenbeins zwei haselnufsgrofse Knoten in der Dura, die mit der Pia und dem Kleinhirn, sowie mit dem usurierten Knochen fest zusammenhingen. Dieselben bestanden aus festem Bindegewebe und waren central verkäst. In den Lungen Narben von tuberkulösen Prozessen. *F. Hahn-Bremen.*

Gummata des Biceps brachialis der Niere und Epididymis mit Vortäuschung maligner Tumoren von G. N. KREIDER. (*Med. News.* Dez. 26. 1891.) Ein 34jähriger Mann zeigte einen $3^1/_2$ Zoll langen Tumor des M. biceps brachii, konsekutive Paralyse des Armes, ferner eine Geschwulst in der Nierengegend und in der Epididymis; er klagte auch über häufigen Urindrang und hatte einmal käsig aussehende weiche Massen mit dem Urin entleert. Der Patient war schon mit sehr verschiedenen Mitteln erfolglos behandelt worden, eine antisyphilitische Kur hatte prompten Erfolg. Die Infektion hatte 10 Jahre zuvor stattgefunden und war ohne sekundäre Erscheinungen verlaufen.

Ein zweiter Patient, 36 Jahre alt, Pferdebereiter, zeigte verschiedentliche Zeichen eines hochgradigen Nierenleidens, enormes Ödem des Skrotums, der Beine, des Abdomens, schwere Albuminurie und andere auf ein baldiges Ende deutende Zeichen.

Passende Behandlung mit Hg war durchaus erfolgreich. — Eine Übersicht der einschlägigen Litteratur ist beigefügt. *Philippi-Nieheim.*

Zur Behandlung syphilitischer Affektionen der Rachen- und Nasenhöhle von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* März. 1891.) Es wird zu diesem Zwecke die lokale Applikation von Quecksilberpräparaten als Spray empfohlen, sowohl in wässriger Lösung (Hydrarg. bichlorid. 0,06 Ammon. mur. 0,36, Aq. dest. 57,0) als auch in öliger Form (Hydrarg. Oleat. (5%) 3,75; Albolin. 57,0 S. zweimal täglich zu gebrauchen.) Als geeignetstes Instrument dabei wird der „Acme Atomizer" des Leslie Surgical Instrument Co. in St. Louis empfohlen, ein einfacher Ballon mit Ansatzrohr, das in ein zweites weiteres Rohr mit perforiertem Stöpsel hineinpafst. *Philippi-Nieheim.*

Schanker der Genitalien beim Weibe von R. W. Taylor. (*New York med. Journ.* 2. Jan. 1892.) In dieser eingehenden, mit 9 Chromolithographien ausgestatteten Abhandlung bespricht Verf. ausführlich die verschiedenen Formen, welche der harte Schanker an den Genitalien des Weibes darbieten kann. Er unterscheidet: 1. die oberflächliche oder schankerartige Erosion, 2. die schuppende Papel oder den Tuberkel, 3. die erhabene Papel resp. Knötchen, das Ulcus elevatum, 4. den inkrustierten Schanker, 5. das indurierte Knötchen, 6. den diffusen, ulzerierten Schanker. Die Ausführungen des Autors und die Details der einzelnen Affektionen im Rahmen eines Referates wiederzugeben, ist aber nicht gut möglich. *Philippi-Nieheim.*

Über die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre, von Dr. Paul Nickel. (*Virchows Archiv.* Bd. 127.) Die wirklich syphilitischen Geschwüre des Mastdarms sind sehr selten. Die wenigen genau untersuchten stellen konstitutionelle, sogenannte tertiär syphilitische Erkrankungen dar, die auf gummöse Knotenbildung mit späterem fettigen Zerfall zurückzuführen sind. Für die Annahme, dafs die Mehrzahl der chronischen nicht nachweislich auf Gummiknoten zu beziehenden Geschwüre durch Coitus präternaturalis entstandene primäre Schankergeschwüre seien, ist kein Grund vorhanden, im Gegenteil spricht dagegen, dafs doch selbstverständlich beim Einführen des Penis dann zuerst die Schleimhaut in der Gegend der Sphinkteren, als der engsten Stelle, verletzt werden und geschwürig zerfallen mufste, während man in Wirklichkeit die Geschwüre in der Regel erst mehrere Centimeter oberhalb der Sphinkteren ihren Anfang nehmen sieht. Dieser Befund spricht auch gegen die oft gehörte Annahme, dafs beim Fluor albus Eiter aus der Vagina über den Damm bis zum Rektum fliefsen und die Schleimhaut infizieren sollte. Die Hauptursache, durch welche die chronischen, in Vernarbung übergehenden Geschwüre des Rektums, welche allgemein der Syphilis zugeschrieben werden, entstehen, ist in Traumen und Dekubitus zu suchen. Unter den Traumen stehen an Häufigkeit diejenigen durch Klysma obenan; ähnliche Verletzungen leichterer Art können aber auch bei Frauen durch Untersuchung mit dem Finger an der vorderen Wand des Mastdarms bei Exploration der Beckenorgane gemacht werden. Die Dekubitalgeschwüre entstehen durch eingedickte Kothballen, welche die Schleimhaut zur Nekrose bringen und dadurch Entzündungserregern das Eindringen in die Submukosa ermöglichen. Bei Frauen kommen diese Geschwüre wegen habitueller Stuhlverstopfung häufiger vor, als bei Männern, namentlich bei Gravidis. Therapeutisch ist daher in solchen Fällen für regelmäfsige Entleerung des Mastdarms zu sorgen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über syphilitische Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparats von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen im Dünndarm, von Prof. E. Hahn. (*Dtsch. med. Woch.* No. 4. 1892.) Verf. hat eine

grofse Anzahl von sogenannten syphilitischen Ulcerationen des Mastdarms beobachtet und viele derselben durch die Kolotomie behandelt und gebessert. Er beschreibt dann einen Fall, bei dem die Ulcerationen bis in den Dünndarm hinaufreichen. Der Autor gehört nun zu denjenigen, welche annehmen, dafs die Natur des Leidens nur in seltenen Fällen als ein sekundär auftretendes Symptom der Syphilis aufzufassen sei.

L. Hoffmann-Berlin.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Therapeutischer Wert der Heidelbeeren, von Pel. Über den Wert der Heidelbeeren gegen hartnäckige Leukoplakie und Gonorrhoe hat bereits Winternitz berichtet. Pel kann die Winternitzschen Versuche vollkommen bestätigen, da er einen Patienten, dessen Leukoplakie aller anderen Therapie spottete, mit einer Abkochung von 250/1500 (zwei Stunden lang auf 750,0 eingekocht) vollständig wiederhergestellt hat. Dreimalige tägliche Ausspülungen des Mundes mit diesem Dekokt genügen. Die Wirkung wird nicht auf das Adstringens, sondern auf den Farbstoff der Abkochung zurückgeführt. (Tinktions-Therapie). *(Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 1891. No. 14.) *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Ätiologie der Ekzeme, von D. L. Bulkley. (*New York med. Record.* 14./91.) Der Verf. unterscheidet bezüglich der Ätiologie 2 Hauptabteilungen:

I. Prädisponierende Ursachen:
   1.) Heredität (Zartheit der Haut, Gicht, Rheumatismus, Struma, Asthma mit Bronchitis);
   2.) Schwäche; diese kann nervöser wie physischer Art sein;
   3.) Beschäftigung und Beruf (Aufenthalt in schlecht ventilierten Räumen, Beschäftigungen im Stehen etc.);
   4.) Malaria.

II. Excitierende Ursachen:
   1.) interne excitierende;
   2.) externe excitierende.

P. Taenzer-Bremen.

Die Bartflechte (Trichophyton tonsurans), von Max Rosenberg. Wir beschränken uns hier auf den prophylaktischen Teil, da das Übrige bekannt genug ist. Da Verf. von der Ansicht ausgeht, dafs die Krankheit nur durch die Rasierstuben übertragen wird, so gilt diesen die besondere Aufmerksamkeit; er empfiehlt daher: „Der Rasiergehülfe trage einen hellen Leinwandrock, dessen Ärmel, gleich den Operationsröcken der Ärzte, über dem Ellenbogengelenk eng anliegend den nackten Vorderarm freilassen. Er wasche Hände und Vorderarm jedesmal, bevor er sich zu einem neuen Kunden wendet, mit Sublimat- oder flüssiger Kaliseife, sorge für Reinigung seiner Nägel, seife stets mit der Hand ein, benutze ein scharfes, vor jeder Verwendung mit 3prozentigem Karbolöl abgeriebenes Rasiermesser, trockne den Rasierten mit einer Papierserviette ab und vermeide das Pudern. Wer eine empfindliche spröde Haut hat, dem soll Gelegenheit gegeben werden, sich nach dem Rasieren mit einer überfetteten neutralen Seife (am besten Unnasche Basisseife) das Gesicht zu waschen. (Nach der *Deutsch-amerik. Apothekerztg.* 9./1891.) *P. Taenzer-Bremen.*

Über Ekzema seborrhoicum, von G. T. Elliot. (*New York med. Journ.* Nr. 7. 1891.) E. schliefst sich in der Beschreibung dieser Affektion in allen Stücken der

Unnaschen Schilderung an und hält ebenso wie Unna diese Krankheit für eine selbständige, primär auf der Kopfhaut beginnende. Bezüglich der Beschreibung derselben verweisen wir auf Bd. VI., pag. 827 dieser Zeitschrift. *P. Taenzer-Bremen.*

b. *der Cutis.*

Fall von Diphtherie kompliziert mit Gesichtserysipel, von Grigorasch. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* No. 52. 1890.) Einem 4jährigen an schwerer Diphtherie leidenden Knaben wurden die Halsdrüsen mit Ungt. ciner. von einem Heilgehülfen eingerieben, der kurz vorher eine an Erysipel leidende Dame eingerieben hatte, ohne sich danach die Hände zu reinigen. Nach Verlauf einer ½ Stunde entwickelte sich bei dem Diphtherie-Patienten ein typisches Erysipel, das von einer kleinen Exkoriation der Nase ausging und eine wunderbare Wirkung auf die Diphtherie ausübte, indem sich nämlich der diphtheritische Belag schnell abstiefs und reine Geschwüre zurückliefs. Am sechsten Tage kam auch das Erysipel zum Stillstand. *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Kasuistik der Elephantiasis Arabum, von L. Loeffler. (Inaug.-Diss. München 1890.) Referat des über Elephantiasis Bekannten; im Anschlufs teilt Verf. zwei Fälle mit. Bei beiden waren als Gelegenheitsursache Erysipele zu verzeichnen. Der erste Fall, Elephantiasis glabra, betraf den linken Unterschenkel, weniger den Oberschenkel, wurde durch Exartikulation im Knie geheilt. Interessant ist der Knochenbefund: die Röhrenknochen wiesen aufser Exostosen zahlreiche Foramina nutritia auf; die kleinen Knochen der Fufswurzel waren durch Atrophie so weich geworden, dafs man sie mit dem Finger unter knirschendem Geräusch eindrücken und mit dem Messer schneiden konnte. — Der andere Fall betraf beide Unterschenkel eines alten Herrn; bemerkenswert ist, dafs zeitweilig aus Rhagaden und Hautöffnungen eine Menge milchiger Flüssigkeit aussickerte, so dafs man ihn als Elephantiasis lymphorrhagica ansehen mufs. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei seltenere Fälle von Elephantiasis Arabum, von W. Kremer. (Inaug.-Diss. München 1890.) Verf. beschreibt zwei Fälle von Elephantiasis des Unterschenkels, die sich im Anschlufs an Verletzungen mit nachfolgendem Erysipel und vernachlässigter Behandlung allmählich entwickelt hatten. Beide sind zur Elephantiasis glabra zu zählen. Bei beiden hatte vor einigen Jahren Aufbruch und Lymphorrhoe stattgefunden. *F. Hahn-Bremen.*

Vier Fälle von Elephantiasis congenita hereditaria von Dr. M. Nonne. (*Virchows Archiv* B. 125.) Nonne beschreibt 4 Fälle von Elephantiasis congenita hereditaria und glaubt, dafs es Fälle von Elephantiasis congenita giebt, die intra vitam stationär sind und deren Ursache auf einen sich schon intrauterin geltend machenden, durch Vererbung übertragbaren Bildungsfehler gewisser Abschnitte des Saftbahnsystems beruht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Akromegalie oder Marie'sche Krankheit. (*Journ. de méd. de Paris.* No. 37. 1890.) Die Krankheit besteht in Verdickungen und Volumenzunahme der Hände (seltener der Arme und Unterextremitäten) und des Gesichts (Vergröfserung der Nase, des Unterkiefers, Verdickung der Lippen und der Zunge), öfters auch in Kyphose und Lordose. Dazu gesellen sich als subjektive Symptome Kopf-, Knochen- und Gelenkschmerzen, Störung der Geschlechtssphäre, Abnahme des Sehvermögens, Vermehrung des Durstes und Appetites, Schwäche, Melancholie. Die Krankheit ist

nicht kongenital, sondern entwickelt sich allmählich und wird gewöhnlich durch Zufall entdeckt. *P. Taenzer-Bremen.*

Ein Fall von Morbus Addisonii mit Atrophie der Nebennieren, von F. Roloff. (Inaug.-Diss. Jena 1890.) Verf. beschreibt einen an der Tübinger Klinik zur Sektion gekommenen Fall von Morbus Addisonii, der seit 13 Jahren etwa bestanden hatte, und bei dem ganz akut unter Kollapserscheinungen und Schmerzen in den Beinen und Epigastrium der Exitus eingetreten war. Die graubraune Farbe der Haut zeigte sich besonders am Bauch, in den Achselhöhlen am Halse. Die Sektion ergab eine vernarbende Phthise in beiden Lungenspitzen, und vor allem Atrophie beider Nebennieren, die auf den fünften Teil des normalen Volumens reduziert sind. Ihre äufsere Schicht ist grauweifs, die intermediäre Schicht fehlt, die Marksubstanz relativ mächtig entwickelt; keine Spur, auch nicht mikroskopisch, von Verkäsung oder Tuberkeln. Es handelt sich nach dem mikroskopischen Befund um einfache Atrophie, keine Hypoplasie oder Schrumpfung durch interstitielle Entzündung. Verf. zählt dann die übrigen in der Litteratur zu findenden 12 Fälle von Morbus Addisonii mit Atrophie der Nebennieren auf und erwähnt zum Schlufs einen von ihm beobachteten Fall von Tuberkulose der Nebennieren ohne Bronzehaut.

F. Hahn-Bremen.

Über die Teleangiektasien am Augenlide, von W. Schanzenbach. (Inaug.-Diss. München 1891.) Nach allgemeinen und bekannten Bemerkungen über Angiome beschreibt Verf. einen Fall von Teleangiektasie am oberen Augenlid. Bei der Geburt ward an dem jetzt 4monatlichen Mädchen nichts bemerkt, bald zeigte sich ein roter Punkt, der rapide wuchs, so dafs die Neubildung sich bald auf Nasenrücken und Stirngegend ausdehnte und die Bewegungen des Lides hinderte. Galvanopunktur einmal ohne Erfolg. Man impfte nun das Kind auf das obere Augenlid und sah nach Abheilung der Pustel die Schwellung bedeutend abgeflacht, so dafs hoffentlich die ganze Teleangiektasie mit Hinterlassung der Impfnarbe verschwinden wird.

F. Hahn-Bremen.

Über einen Fall von Melanosarcoma carcinomatodes, von E. Seedorf. (Inaug.-Diss. München 1891.) Die Ansichten über das Wesen der Pigmentgeschwülste haben öfter gewechselt; anfangs sah man sie als Folgen einer bestimmten Dyskrasie, dann als Carcinome wegen ihrer Bösartigkeit an; später reihte man sie unter die Sarkome. Nun hat man Formen beobachtet, die man nach ihrem Bau nur als Melanosarcoma carcinomatodes bezeichnen kann. Einen derartigen Fall schildert Verf. Der Patient hatte sich vor $1^1/_2$ Jahren ein Muttermal (wahrscheinlich Naevus vasculosus) abgekratzt, die Wunde war nicht geheilt, hatte häufig geblutet, und es war ein Tumor von fast Hühnereigröfse entstanden. Dieser wurde abgebunden, allein bald wucherte die Geschwulst erst recht und wurde schmerzhaft, so dafs es schliefslich ein faustgrofser, verschieblicher, ziemlich derber, dunkler, oberflächlich ulzerierter Tumor wurde. Nach der Achsel zieht ein Streifen gerötete Haut, innerhalb deren disseminierte Knötchen; in der Achselhöhle Drüsenschwellung und ein fester, hühnereigrofser, druckempfindlicher Tumor. Therapie: da es zur Radikaloperation zu spät war, Abtragung und Kauterisation der Wundfläche; weiterer Verlauf unbekannt. Mikroskopisch zeigte der Tumor ein Stroma aus welligen Bindegewebsfasern mit zahlreichen gröfseren rundlichen und Spindelzellen. Anordnung im grofsen ganzen gitterförmig. Im Centrum erblickt man Zellen von deutlich epitheloidem Charakter, in die Maschen eingelagert, wodurch das Bild eines im Querschnitt getroffenen Zapfens entsteht. Am Rande epitheloide Zellen in regellosen Haufen.

F. Hahn-Bremen.

Ein Epithelialcarcinom nach Trauma, von E. Niquet. (Inaug.-Diss. München 1889.) Verf. bespricht die Theorien, welche zur Erklärung der Ätiologie der Geschwülste aufgestellt worden sind, und findet statistisch nachgewiesen, daſs in 12% ein Trauma als ätiologisches Moment bei Carcinomen erwähnt wird. Er schildert dann einen Fall, wo durch Kontusion mit den Zähnen eines ganz gesunden Mannes, die keine äuſserlich sichtbare Verletzung, nur brennenden Schmerz hervorrief, binnen fünf Wochen auf der Wange einer Frau ein typisches 2 cm groſses pilzförmiges Epithelialcarcinom entstanden war. Exzision. Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Warzen am Skrotum von Gémy. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 855.) Der 30jährige Patient hatte vor 5 Jahren zuerst eine Warze an der unteren Fläche des Gliedes dicht beim Hodensack bemerkt, zu der in nächster Zeit sich noch einige hinzugesellten, die ihn aber in gar keiner Weise belästigten. Seit einigen Wochen erst verspürte er ein entsetzliches Jucken in denselben; auch waren in den letzten 5 Tagen neue Warzen hinzugekommen. Bei der Untersuchung fand Gémy im Winkel zwischen Skrotum und Penis eine „**Mutterwarze**" von der Gröſse eines goldenen 5 Fr.-Stücks, von der aus sich flächenförmig über den Hodensack 5 Reihen von je 10—12 immer kleiner werdenden Warzen ausbreiteten. Auſserdem wimmelte die Gegend von Läusen, was bei der Unreinlichkeit in Algier kein Wunder sei. Gémy nimmt an, daſs die „**Tochterwarzen**" erst durch das Kratzen entstanden seien, und verweist auf eine frühere ähnliche Veröffentlichung in den *Annales* (1889, S. 92) über Verrucae confluentes beider Beine. *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre in den Hospitälern von Paris, von Baudouin. (*Semaine méd.* 1891. No. 61.) Während Verneuil die Geschwüre mit 2% Karbolwasser in Sprayform zur Reinigung bringt und sie dann antiseptisch verbindet, auſserdem Hochlagerung des kranken Fuſses und Bettruhe verordnet, bei syphilitischem Ulcus cruris auſserdem noch Jodkalium oder Jodquecksilber verordnet, wendet Duplay bei entzündlichen Ulcera Emollientia, aber auch Antiseptica an; bei atonischem Geschwür kommt Aq. chlorata in Form der Labarraqueschen Flüssigkeit zur Anwendung. Bei stark granulierenden Wunden Heftpflaster- oder schwacher Kompressionsverband. Im Gegensatze zu Verneuil transplantierten Duplay und Le Fort bei ausgedehnten Ulzerationen sowohl nach Thiersch wie nach Reverdin.

Le Fort behandelt entzündliche Ulcera mit Kampferspiritus in Kompressen, welche mit Guttaperchapapier luftdicht abgeschlossen werden. Zeigt das Geschwür Neigung zur Vernarbung, so wird es mit Binden, die mit Hebrascher Salbe bestrichen sind, leicht komprimiert.

Le Dentu appliziert Chlorkalk-(2%)Verbände.

Desprès appliziert bei frischem Ulcus cruris (im Anschluſs an eine variköse Blutung) dachziegelförmig übereinandergelegte, mit Ungt. Diachylon bestrichene Binden, bei Rezidiven Hebung der Entzündung durch warme Umschläge, dann derselbe Verband. Nach Heilung Gummistrumpf.

Berger: Sublimatkompressen 1 : 1000 bis zur Granulation, dann dieselben Kompressen abwechselnd mit Styraxbinden bis zur Heilung. Bei Ulcera callosa die zirkuläre Incision nach Dolbeau durch die ganze Haut.

Zum Schluſs giebt Verf. seine eigene Behandlung zum besten (die er nach folgenden Gesichtspunkten aufgebaut hat: 1. Antiseptisches Verfahren behufs Vermeidung

von Komplikationen, 2. Kompression der Wunde zwecks Hintanhaltung des Ödems und der Stase, 3. Anregung der schlaffen, atonischen Elemente); Borsäureverband bis zur völligen Reinigung, dann Kompressen mit 1% Kupfersulphatlösung (alle 3 Tage zu erneuern), die mit Gummibinden ziemlich fest eingedrückt werden.

Von den übrigen Methoden sind noch zu erwähnen:

Reclus (Liquor van Swieten, Hochlagerung, Einwickelung der ganzen Extremität, Entfernung der Wucherungen mit dem Paquelin, Transplantation.

Schwartz: 1/2% Kupferlösung (2 mal täglich), dann Diachylonsalbe auf Binden gestrichen. Incision bei kallösen Geschwüren wie bei Bergers Methode. In Ausnahmefällen sogar Amputation! *P. Taenzer-Bremen.*

Über Alopecia areata, von Wermann. (*Korrespondenzbl. d. ärztl. Kreis- und Bezirks-Vereine Sachsens* 1. VIII. 1891.) Der V. berichtet über 18 eigene Fälle von Alopecia areata, von denen 4 sicher kontagiös, 4 wahrscheinlich kontagiös, 8 bei Individuen mit nervösen Erscheinungen, 2 ohne nachweisbare Ursache waren.

Von besonderem Interesse war das Auftreten in einer Familie, indem von 8 Kindern 3 nacheinander von der Krankheit befallen wurden. Die Affektion rezidivierte bei allen 3 Patienten. Auch bei einem 4. Patienten konnte W. das Rezidivieren der Krankheit konstatieren. Ätiologisch unterscheidet W. gleichfalls eine parasitäre und neurotische Alopecia areata.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt er aufser den bekannten Mitteln die Anwendung einer Krotonölpaste. *P. Taenzer-Bremen.*

Im Verein f. innere Medizin (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 15) zeigt Goldscheider einen nach Lisfranc wegen **Mal perforant** exartikulierten Fufs. Pat. hat vorgeschrittene Tabes, keinerlei Beschwerden von dem an der Grenze des 1. und 2. Gliedes der grofsen Zehe sitzenden bohnengrofsen, kraterförmigen Geschwür, das die Beugesehne freigelegt hatte, bis durch äufsere Einwirkung Lymphangitis dazutrat, die ihn in ärztliche Behandlung trieb. Auch hier finden sich, wie meist bei Mal perforant, Degenerationen peripherer Nerven, denn ein Osmiumzupfpräparat von einem Hautast des Plantaris internus zeigt nur wenig markhaltige, schwarzgefärbte Fasern, die meisten sind hell geblieben.

Das Mal perforant beruht wohl sicher auf neurotischer Grundlage, doch ist ein Accidens, vielleicht Frost, Trauma erforderlich, da man häufig bei ausgedehnter Anaesthesie keine Geschwüre findet. Es beginnt mit einer schwieligen Verdickung, unter der Ulzeration auftritt, die langsam in die Tiefe schreitet und meist schmerzlos ist. Ablatio braucht nicht besonders hoch stattzufinden, kann noch im Bereich der Anästhesie vorgenommen werden, weil Wunden bei Tabikern gut heilen.

F. Hahn-Bremen.

Auf der 16. Wanderversammlung südwestdeutscher Irrenärzte (*Dtsch. med. Woch.* No. 27) stellte Jolly einen Fall von **Morvanscher Krankheit** vor, mit Neigung zu Panaritien, Schwimmhautbildung, Abstumpfung der Sensibilität, besonders gegen Schmerz und Temperatur in der rechten oberen Körperhälfte; rechte obere Extremität kraftlos. J. hält die scharfe Trennung von Syringomyelie, bezw. Gliomatose des Rückenmarks von der Morvanschen Krankheit für nicht möglich. Ferner stellte J. eine halbseitige Gesichtsatrophie bei einer Tabikerin vor; linkes Auge eingesunken, Wangenhaut abnorm pigmentiert. J. denkt an eine periphere Neuritis.

F. Hahn-Bremen.

Über Hemiatrophia facialis progressiva, von Jankau. (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 26.) Die Erkrankung der 22jährigen Patientin begann vor zwei Jahren ohne nachweisbare Ursache damit, dafs die rechte Gesichtshälfte abblafste, zugleich

begann die Wange einzusinken, die Haut wurde gelb pigmentiert; die ganze Seite scheint jetzt kleiner als die linke; auch auf der Stirn eine atrophische, und weiter oben eine von Haaren ganz entblöfste Stelle. Pharyngitis sicca, Ozaena, die rechte Hälfte der Schilddrüse fest und hart, Urin hochgestellt (Harnsäure, Chloride und Indikan vermehrt), Hämoglobingehalt des Bluts vermindert. Verf. nimmt eine durch die Pharyngitis und Ozaena veranlafste periphere Neuritis im Bereich des rechten Quintus an, die zu einer Lähmung der trophischen Nervenfasern geführt hat.

F. Hahn-Bremen.

Mifsbildungen.

Herr Ornstein berichtete in der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte (mitgeteilt, Verhandlungen dieser Gesellschaft 1884, Sitzung vom 19. Januar) aus Athen über einen sehr **ausgedehnten behaarten Nävus**, der die ganze Rückenseite von der Interskapulargegend bis etwa 8 cm über den Kniekehlen bei einem 16jährigen Jüngling einnahm und nach vorn zu bis auf 6 cm Entfernung von der Linea alba reicht. Die Pigmentierung ist im oberen Teil am stärksten, die Behaarung besteht hier und an den unteren Teilen nur aus gelblichem Flaum; die Lendenwirbelgegend und die vorderen Teile sind mit 2—3 cm langen, ziemlich weichen Haaren bedeckt. An der Steifsbeinspitze findet sich aufserdem, zur Crena clunium herabsteigend, ein Hautwulst als Rest eines dem Träger im 5. Lebensjahr abgerissenen, in seiner Länge nicht mehr zu bestimmenden Schwänzchens. O. findet es unpassend, dafs man diese Nävusbildungen aus Opportunitätsgründen in das Gebiet der Pathologie verwiesen habe, während sie der Anthropologie angehören, da sie gar keine Beschwerden machen, da ihr Bau ein bilateral symmetrischer ist, sie meist auf dem Rücken sitzen, während die Pigmentierung schwankend ist und nichts Homogenes bietet. O. nimmt an, dafs der allmähliche Enthaarungsprozefs unserer mutmafslichen Ahnen auf gewissen anatomisch gesonderten Körperpartien statthatte, und dafs die Kreuzbeingegend als Ersatz für den verloren gegangenen Schwanz längere Zeit behaart blieb, als der übrige Körper. In derselben Sitzung spricht Bartels über den Affenmenschen Krao und den Bärenmenschen Fedor Jeftichejew.

F. Hahn-Bremen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis, von Dr. Leopold Casper. (*Virchows Archiv.* Bd. 126.) An der Hand einer ganzen Reihe von Fällen weist C. nach, dafs die Grundursache der sklerosierenden Veränderung an der Blasenwand, die Launois beschreibt, die konstant auftretende Arteriosklerose der Gefäfse durch seine Untersuchungen nicht hat bestätigt werden können. Somit bleibt die Erklärung für die **Dysurie**, die Atrophie bezüglich Degeneration der Blasenmuskulatur, noch immer eine hypothetische. Der pathologisch-anatomische Nachweis derselben steht noch aus.

L. Hoffmann-Berlin.

Auf der medizinischen Gesellschaft (ref. *Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 48) sprach Casper über die Pathologie der **Dysuria senilis**. Launois fafste die Prostatahypertrophie als Teilerscheinung einer den ganzen Harntraktus betreffenden Sklerose auf, welche mit allgemeiner Arteriosklerose in Zusammenhang steht. Daher seien alle Versuche zur Verkleinerung des Organs wertlos. C. prüfte nun an 28 Fällen dies nach und fand in 24 Fällen Arteriosklerose der Aorta, aber keineswegs stets an den Gefäfsen des Harntraktus, mit Vergröfserung der Prostata, in vier Fällen Arterio-

sklerose ohne eine solche. Auch die klinische Erfahrung spricht gegen Launois, da sich viele Prostatiker einer guten Gesundheit erfreuen und alt werden.

Im Anschlusse hieran zeigte Virchow in der nächsten Sitzung (*Dtsch. med. Woch.* 1891, Nr. 49) ein Präparat von einem **Diabetiker mit Dilatation und Hypertrophie der Blase.** Die Arterien waren so verdickt, dafs sie als vorspringende Stränge erschienen. Auch die Aorta war stark durch Endoarteriitis krank. Die Prostata war verkleinert, mäfsig induriert. *F. Hahn-Bremen.*

Gegen **chronische Prostatitis** empfiehlt Oberländer Suppositorien mit Jodoform. Die Formel lautet:

℞ *Jodoformii* 0,05—0,1
solve in Ol. amygdal. dulc. q. s.
Butyri q. s. ut f. suppos. rectale.

Man soll mit den schwächeren anfangen und allmählich zu den stärkeren übergehen. In der Wirkung sollen sie das Jodkalium noch übertreffen.

P. Taenzer-Bremen.

Über einen Fall von primärem Carcinom der Prostata, von F. Gutmans. (Inaug.-Diss. München 1889.) Während im allgemeinen der Genitaltrakt grofse Neigung zu Neubildungen zeigt, finden sich solche der Prostata recht selten; im jugendlichen Alter sind es meist Sarkome, im höheren Carcinome, an denen sie erkrankt; unter letzteren überwiegen die primären. Sie greifen häufig auf Becken, Samenbläschen, Mastdarm über, seltener auf die Blase, machen frühzeitig Harnbeschwerden und starke ausstrahlende Schmerzen, auch Stuhlverstopfung. Die Diagnose hat besonders von der einfachen Altershypertrophie zu unterscheiden, meist danach, ob das Allgemeinbefinden mit beeinträchtigt ist, und ob starke Schmerzen vorhanden sind; Prognose ist infaust; Therapie könnte die Exstirpation versuchen, doch wächst das Rezidiv schnell, meist wird man symptomatisch verfahren und katheterisieren, eventuell die Kolotomie machen. Verf. teilt dann einen hierhergehörigen Fall mit, der am Marasmus starb. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von primärem Medullar-Carcinom der Harnblase, von G. Hottendorff. (Inaug.-Diss. München 1890.) Verf. schildert zwei Fälle von primärem Blasenkrebs. Beide safsen an der hinteren Blasenwand; die eine Patientin wurde von Winckel durch Kolpocystotomie operiert und starb nach einigen Monaten am Marasmus; die andere starb ohne Operation. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Carcinom der Clitoris, von F. J. Merkle. (Inaug.-Diss. München 1891.) Verf. beschreibt einen seltenen Fall von primärem Carcinom der Clitoris, das apfelgrofs exstirpiert wurde. Die Patientin bekam verjauchende Metastasen in den Inguinaldrüsen und starb am Marasmus. *F. Hahn-Bremen.*

Beiträge zur Kasuistik des primären Urethralcarcinoms. (Inaug.-Diss. Heidelberg 1891), von Witzenhausen. (*Beitr. zur klin. Chir.* VII. Bd., III. Heft.) Verf. beschreibt 2 Fälle dieser seltenen Erkrankung, die an der Heidelberger Klinik operiert wurden und beide letal endeten. Es sind bis jetzt, aufser einigen unsicheren, nur vier sichere Fälle von primärem Carcinom der Urethra veröffentlicht worden. Die Erkrankung fand sich stets bei Männern, die infolge von Gonorrhoe oder Traumen Strikturen der Harnröhre erlitten hatten. Das erste Symptom war meist eine diffuse Infiltration um die Urethra, dazu gab der durch Stagnation alkalisch gewordene Urin Veranlassung zu Zersetzungen, Ulzerationen, Abscessen, Fistelbildung. Meist erst jetzt begeben sich die Kranken in ärztliche Behandlung, und es kann nun von einer radikalen Heilung nicht mehr die Rede sein. Meist ist die Zerstörung zu

weit fortgeschritten (sämtliche Patienten sind gestorben), man konnte auch mikroskopisch den Zusammenhang der Narbe mit der Neubildung nicht mehr feststellen. Im übrigen erwies sich das Carcinom relativ gutartig, da es grofse Neigung zu verhornen zeigte. Metastasen traten in inneren Organen nur einmal auf, einmal Rezidiv in den regionären Drüsen. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Leistenhoden und seine sarkomatöse Entartung, von M. Emoan. (Inaug.-Diss. München 1891). Wennschon die Hoden überhaupt häufiger sarkomatös entarten, als man gemeiniglich annimmt, da eine grofse Anzahl von Sarkomen in der Litteratur wohl mit als Carcinom geht, so ist doch speziell der Leistenhoden besonders zum Sarcom disponiert. Im Gegensatz zum Bauchhoden, der in der Abdominalhöhle ganz geschützt liegt, ist er allen möglichen Traumen ausgesetzt, und so erklärt sich seine gröfsere Tendenz zur sarkomatösen Degeneration. Zum Beweis führt Verf. den Fall eines Herrn an, der 56 Jahre einen Bauchhoden ohne besondere Beschwerden getragen hatte; nur bei gelegentlichem Hinabsteigen in den Leistenkanal verursachte er etwas Schmerz. Vor etwa einem Jahre klemmte sich derselbe im Leistenkanal ein, und nun degenerierte er in dieser kurzen Zeit zu einem mannsfaustgrofsen Sarkom, das durch Operation entfernt wurde. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Abortivbehandlung der Inguinalbubonen, von A. Blaschko. Durch Kombination zweier altbekannter Methoden ist es dem Verf. gelungen, sogar in solchen Fällen, wo bereits Fluktuation vorhanden war, eine vollkommene Resorption des Abscesses zu erreichen. Er appliziert nämlich über die erkrankten Drüsen Beiersdorfschen Quecksilberkarbol-Pflastermull und befestigt darüber durch Anziehen einer Badehose heifse Breiumschläge. Dabei ist nicht einmal Bettruhe nötig, sondern die Kranken können mit dem Verbande herumgehen und ihren Beruf erfüllen. Diese Behandlung dauert nicht länger, als die operative Behandlung, d. h. 3—4 Wochen. *P. Taenzer-Bremen.*

Über den Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre im kindlichen Alter, von E. Tritschler. (Inaug.-Diss. Tübingen 1891.) Verf. hatte Gelegenheit, in seiner Praxis einen Fall von obiger Erkrankung zu sehen, und entnimmt der Litteratur, die er im Anschlufs daran durchsah, eine Menge von Fällen, so dafs er schliefst, dafs diese Erkrankung nicht eben zu den seltenen gehört. Häufig findet sie sich bei schwächlichen, chlorotischen Mädchen, besonders wenn irgend eine Störung der Harnentleerung (Blasenstein, Cystitis) vorliegt; häufig aber auch bei ganz kräftigen und wohlentwickelten, wo sie häufiger nach dem Heben einer schweren Last auftritt. Nicht selten findet man eine abnorme Weite der Urethra als begünstigendes Moment. Der Vorfall macht Schmerzen, blutet leicht und verführt die Kinder zu Untugenden (Onanie.) Die Therapie hat meist chirurgisch (Abschneiden des Prolapses, Naht) zu sein, manchmal kommt man mit dem Paquelin oder mit Kauterisationen mit Lapis aus. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Lehre vom Vaginismus, von A. Ebbing. (Inaug.-Diss München 1890.) Verf. bespricht die Theorie des Vaginismus und teilt im Anschlufs daran einen Fall mit, der durch Exzision des Hymens, Spaltung der hinteren Kommissur und quere Vereinigung geheilt wurde. *F. Hahn-Bremen.*

Das Retinol als Balsamicum wird innerlich in Kapseln gegen Gonorrhoe empfohlen; äufserlich soll es auch gegen Brandwunden gute Dienste leisten, ebenso gegen Vaginitis. Es wird durch Destillation aus dem Kolophoniumharz hergestellt, ist eine braune bis braunrote, dicke Flüssigkeit, reagiert sauer und schmeckt bitter. (*Journ. de méd.* 1890. No. 39.) *P. Taenzer-Bremen.*

Auf dem X. intern. med. Kongrefs berichtete Lewschin über die **geographische Verbreitung der Steinkrankheit** auf Grund eines Materials von 60000 Steinkranken. Am meisten verbreitet, endemisch, findet sie sich im centralen Rufsland, am wenigsten im westlichen und in den Ostseeprovinzen; welche Elemente der Nahrungsweise dafür verantwortlich zu machen sind, bleibt unbekannt. Meist findet sich die Krankheit in Kindheit und Jugend. Herr Kusmin hat auch die meisten Operationen an Kindern vollzogen, die untere Grenze des Alters hat er bis zu 1 Jahr setzen gelernt. Typische Operation ist für ihn Litholapaxie. Aretaeus teilt mit, dafs sich auch in Griechenland zahlreiche Steinkranke finden; die von ihm bevorzugte Operation ist der Perinealschnitt. *F. Hahn-Bremen.*

Die Sectio alta in moderner Ausführung, von Helfrich. (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 22.) Verf. führt aus, dafs zunächst durch die Anfüllung von Blase und Mastdarm, um die Bauchfellfalte in die Höhe zu drängen, und nach der Operation durch die Bauchlage, um die Blase permanent leerhalten zu können und Urininfiltration zu vermeiden, die Sectio alta allgemein Eingang fand. Jetzt wird von diesen Hülfsmitteln keins mehr angewendet: man erschwert sich bei Anfüllung des Rectums mit dem Kolpeurynter den Überblick über die eröffnete Blase, durch Anfüllung der Blase ist schon Ruptur derselben eingetreten, auch füllt die auslaufende Flüssigkeit den Wundtrichter. H. füllt die Blase mit sterilisierter Luft, macht statt des Längsschnitts einen Querschnitt, event. mit partieller Resektion der Symphyse. Die Bauchlage ist nicht mehr nötig, da man jetzt exakte Blasennaht nach sorgfältiger Exzision der Wundränder macht. Die Hautwunde wird durch Sekundärnaht geschlossen. Eine angefügte Krankengeschichte illustriert das Gesagte. *F. Hahn-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Behandlung der chronischen Gonorrhoe[1], von Dr. A. Philippson. (*Dtsch. med. Woch.* No. 7. 1892.) Unter chronischer Gonorrhoe versteht man die über 6—8 Wochen hinaus dauernde; der Ausfluſs ist dabei spärlich, meist auf den Morgentropfen beschränkt. Der Sitz der Erkrankung ist der Bulbus und die sogenannte Pars posterior der Urethra. Die Schleimhaut ist nicht wie im Anfangsstadium diffus befallen, sondern an mehr umschriebenen Stellen, herdweise, erkrankt; der Gonokokkenbefund ist ein sehr geringer. Therapeutisch verfährt nun Verf. folgendermafsen: Zuerst führt er einen elastischen Katheter (Charrière 12) in die Harnröhre bis zu dem Punkte, wo er einen Widerstand fühlt, also bis zur Pars membranacea; dann spült er mit einer schwachen Zinkkarbollösung (1 : 3000) mittelst Handspritze, die 150 ccm Inhalt hat und 2 mal entleert wird, die vordere Harnröhre aus und fängt das Spülwasser in einer Glasschale auf. Das Verfahren wird im Stehen vorgenommen. Die Flocken im Spülwasser gestatten einen Rückschluſs auf die Intensität der Erkrankung. Wenn nun der Patient uriniert, so entscheidet das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Flocken im Urin über Erkrankung der hinteren Harnröhre. Besteht eine Erkrankung der letzteren, dann bringt man einen weichen, in Glycerin getauchten Nelaton-Katheter (No. 17—13) in die Blase, läſst den Urin ab, spritzt mit der Handspritze 150 ccm der medikamentösen Flüssigkeit in die Blase, entfernt den Katheter und veranlaſst den Patienten, sogleich die Lösung herauszulassen. Alsdann hat man die ganze Harnröhre ausgewaschen. Als Medikament hat sich der Höllenstein am besten bewährt (1 : 3000). Die Behandlungsdauer betrug dabei 2—12½ Woche. *L. Hoffmann-Berlin.*

[1] s. pag. 282.

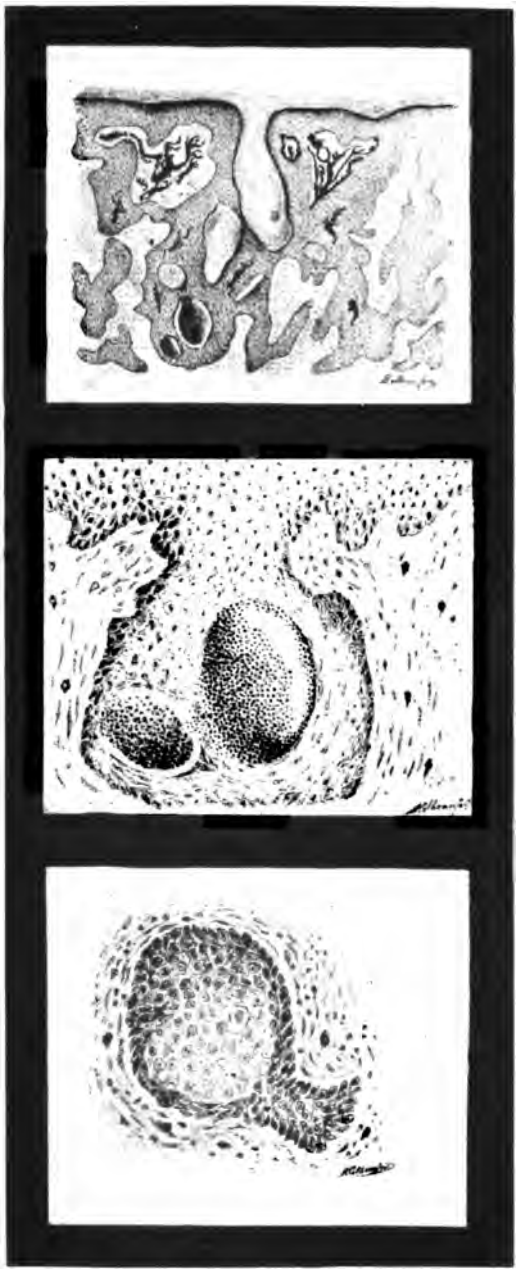


Fig. 1.

t

Fig. 2.

m

ei

Fig. 3.

m

N. WALKER.

Jododerma tuberosum.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 8. 15. April 1892.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Flora dermatologica.

IX.

Herausgegeben unter Mitwirkung von Dr. Louis F. Frank (Milwaukee, Wisc.)

von

Dr. Unna.

(Mit Tafel VII und VIII.)

Die diesem Kapitel der Flora dermatologica beigegebene Tafel enthält die drei ersten der in meinem Laboratorium reingezüchteten Favuspilze. Sie ist bereits vor fast einem Jahre fertiggestellt worden, und seitdem ist es gelungen, nachzuweisen, dafs noch eine Reihe weiterer Favuspilze existiert, d. h. verschiedene Pilzarten, welche alle auf dem Menschen und Tieren, vor allem der Maus, charakteristische Skutula bei der Überimpfung erzeugen. Teils drängte diese weitere Erkenntnis zur Publikation der erstgefundenen Favi, welcher die der später gefundenen bald nachfolgen soll, teils macht sie schon jetzt einige erläuternde Zusätze zu der seit langer Zeit vorliegenden Tafel notwendig.

Vor allem ist darauf hinzuweisen, dafs die botanischen Kennzeichen, wie ich sie für die ersten drei Favi hier aufstelle, nur für einen ganz bestimmten Nährboden Geltung haben und deshalb auf diesem nachgeprüft sein wollen. Es ist eine durch viele Irrtümer teuer erkaufte Erfahrung, welche jeder Forscher auf diesem Gebiete machen wird, dafs nicht nur die makroskopische Gestalt der zur Vergleichung dienenden Herde, sondern auch ihr mikroskopischer Aufbau, die Erzeugung bestimmter Wuchsformen und Früchte in hervorragender Weise von dem gewählten Nährboden abhängig ist. Schon sehr geringe Abweichungen in der Reaktion, dem Wassergehalt, der Konzentration, den chemischen Bestandteilen sind im stande, die charakteristischen Formen, auf welche man eben anfing, Unterschiede der Art aufzurichten, beim Weiterimpfen zu verwischen. Besonders aber sind es gerade die besten, wenn ich mich so ausdrücken darf, die fettesten Nährböden, welche auch an wirklich verschiedenen Arten die prägnantesten Differenzen auszugleichen im stande sind. Ein einzelner Nährboden wird daher überhaupt nie genügen, um

die Differenzen aller verschiedenen Favusarten in das rechte Licht zu stellen. Da es aber der Übersichtlichkeit halber geboten ist, doch einen bestimmten, für diese Zwecke möglichst geeigneten „mittleren" Nährboden festzuhalten, so mufs derselbe ein solcher sein, welcher dem allzu üppigen und dadurch verähnlichenden Wachstum gewisse Schranken setzt. Da die meisten Favi Neigung zur Schlängelung der Hyphen zeigen, wird die Konsistenz des Bodens leicht von Einflufs auf die makroskopische Gestalt der Herde sein. In der That treten gewisse Differenzen erst bei einem hohen Prozentgehalt des Agars auf. Des Peptons bedürfen alle Favi, wie schon VERUIJSKI von dem seinigen nachgewiesen hat. Auch eine schwach alkalische Reaktion ist nicht zu entbehren, wenn das Wachstum nicht allzu dürftig ausfallen soll. Dagegen zeigte sich, dafs ein gröfserer Zusatz von Zucker das Wachstum einzelner Formen mehr zurückhält als das anderer. Unter den Zuckerarten bevorzugte ich die Levulose, da sie mehr zurückhält als der Traubenzucker und zugleich den Nährboden noch durchsichtiger macht.

Aus diesen Gründen kam ich allmählich zu folgendem „mittleren" Favusboden:

Agar	4 %,
Pepton	1 %,
Levulose	5 %,
Kochsalz	0,5 %,

den ich bereits in meiner Demonstration der ersten drei Favi auf der Haller Naturforscher-Versammlung im vorigen Jahre empfahl. Ich werde denselben festhalten für die botanische Beschreibung der Favi, so lange die verschiedenen Arten, welche noch aufzufinden sind, charakteristische Differenzen auf demselben zeigen, wie es bisher der Fall ist. Dieser Nährboden ist daher gemeint, wo kein besonderer genannt ist.

Eine Anwendung findet das Gesagte bereits auf die Figg. XXIa und XXIb der Tafel. Die Tafel wurde nach Kulturen fertiggestellt, welche noch nicht auf dem „mittleren" Nährboden erblüht waren. Die Unterschiede der Favus XIX und Favus XXI waren auf dem damals von mir gebrauchten (welcher 2 % Agar und daneben Gelatine enthielt), so in die Augen fallend, dafs kein besonders scharfer Blick dazu gehörte, sie auseinander zu kennen. Man beachte in dieser Beziehung nur die Üppigkeit der Kultur XIX (Fig. XIXa) gegenüber der von XXI (Fig. XXIa) das hohe Luftmycel von XIX (Fig. XIXb) gegenüber dem fast gänzlich mangelnden von XXI (Fig. XXIb).[1] Diese Differenzen haben, wie die

[1] Die Tafel zeigt in den Figg. XIXb, XXb, XXIb mit Fuchsin getärbte Durchschnitte von Agarkulturen. Es war mir damals noch nicht gelungen, stets den Rest des Fuchsins aus dem Agar zu entfernen (s. Fig. XXIb), wie jetzt mit der verbesserten Methode (s. diese Zeitschrift Bd. XIV, pag. 243).

folgende Beschreibung lehrt, auf dem jetzt gebräuchlichen Nährboden sich verringert, ohne übrigens ganz zu verschwinden. Der einheitliche Nährboden dient also lediglich einer einheitlichen Charakteristik der Pilze und soll durchaus nicht als der „beste" angepriesen werden. Im Gegenteile dienen zur speziellen Hervorhebung bestimmter, sonst nur angedeuteter Differenzen auch speziell abweichende Nährböden.

Immerhin zeigt die Thatsache, dafs Favus XIX und XXI auf einem nur unwesentlich verschiedenen Nährboden sich bereits sehr ähnlich werden, dafs sie unter sich weit näher verwandt sind, als beide mit dem Favus XX, von dem sie sich auf allen bisher gebrauchten Nährböden ungemein scharf unterscheiden.

Die verschiedenen Favusarten zerfallen hiernach und auch nach sonstigen mikroskopischen Eigentümlichkeiten in ganz differente Hauptarten und diese wieder in sich näher stehende Unterarten, von denen ich es dahingestellt sein lassen will, ob man ihnen botanischerseits den Charakter von Species oder Varietäten zuerkennen mufs. Nach diesen Gesichtspunkten werde ich demnächst in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Neebe alle bisher kultivierten Favusarten zu ordnen versuchen.

Mit Rücksicht auf die Nachprüfung sei nur noch erwähnt, dafs auch schon die Art der Aussaat der Keime den Wachstumsmodus der Herde später wesentlich beeinflufst. So gewinnen die Kulturen oft ein eigenartig in Zonen abgeteiltes Wachstum, wenn man gröfsere Bröckel alter Kulturen zur Verimpfung benutzt. Da diese Differenzen jedoch nicht konstant und charakteristisch sind, so meide man ihre Erzeugung und impfe regelmäfsig nur Sporen, die man durch leichtes Abstreifen mit dem Platindraht gewinnt.

XIX. Favus griseus, Achorion euthythrix.

Makroskopische Beschreibung (s. Fig. XIXa).

Das Wachstum beginnt in der Wärme am 2. Tage und geht sehr rasch, gleichmäfsig diffus und nahezu unbeschränkt vom Impfstriche nach allen Seiten auf dem Nährboden und in denselben hinein vor sich. Das üppige Luftmycel (Fig. XIXb) breitet sich gleichmäfsig über alle Herde aus, indem diese konfluieren, und bildet bereits am 6. Tage eine zusammenhängende, schneeweifse, wollige, sich in der Mitte bis auf 3 mm erhebende Decke, welche allmählich bis zu 1 cm und darüber an Breite gewinnt. Die Bildung eines strahligen Randes findet nicht statt. Die Unterseite der Kultur ist von gelber, mit dem Alter intensiver werdender Farbe. Der Nährboden wird diffus, wolkig durchwuchert; es kommt weder zu scheibenförmigen, scharf umschriebenen Herden in demselben, noch zu starker, napfförmiger Einziehung der Unterfläche im Centrum.

Mikroskopische Beschreibung.

Die Lufthyphen sind 1,8—4,0 μ breit, regelmäfsig septiert, ohne Einschnürung der Septen. Die Hyphen sind reichlich verzweigt, leicht geschlängelt und laufen in feine abgerundete, nicht kolbig verdickte Spitzen aus.

Die Bodenhyphen verhalten sich ebenso wie die Lufthyphen, nur verlaufen sie gestreckter, und die dickeren Formen walten unter ihnen vor (Fig. XIXd). An älteren Kulturen werden die Hyphen stellenweise bucklig und rosenkranzförmig aufgetrieben, doch nie in erheblichem Grade.

An Früchten finden sich auf dem angegebenen Nährboden nur Luftsporen vor, diese allerdings in ungemein grofser Menge (Fig. XIXc). Sie entstehen an den Lufthyphen in ziemlich regelmäfsiger Verteilung, senkrecht abgehend, als cylindrische Fortsätze, welche dicker sind als die feinen Lufthyphen, von denen sie meistens entstehen. Bei weiterem Wachstum erhalten sie an der Basis eine halsartige Abschnürung und werden schliefslich kuglig, indem sie bis zu einem Durchmesser von 5—5½ μ anschwellen. Sie fallen als feiner weifser Staub von den Kulturen ab und keimen auf neuem Nährboden mit Aussendung von 1—2 Keimschläuchen wieder aus.

XX. Favus sulfureus tardus, Achorion dikroon.

Makroskopische Beschreibung.

Das Wachstum beginnt in der Wärme erst nach mehreren Tagen, schreitet ungemein langsam fort und bleibt immer beschränkter, als bei Favus XXI und noch viel mehr zurück gegen Favus XIX. Die Kultur hat stets ein inselförmiges Aussehen; die einzelnen Herde konfluieren nicht (Fig. XXa). Das Wachstum auf der Oberfläche ist minimal und führt nur zu einem sehr kleinen, dicken Polster, welches mit einem feinen, grauweifsen Staube bedeckt ist. Innerhalb des Nährbodens erstreckt sich derselbe ca. 2 mm in die Tiefe, überragt jedoch an Breite den oberflächlichen Rasen bedeutend mit grüngelblichen, strahligen, später oft auch moosartigen Ausläufern. Von der Unterfläche gesehen, sind die Herde im Centrum gelb und ziemlich dunkel gefärbt und stark napfförmig eingezogen.

Mikroskopische Beschreibung.

Die Hyphen (Luft- und Bodenhyphen) sind dick, meist 4—5 μ breit, stark geschlängelt, regelmäfsig und reichlich septiert und gablig verzweigt (Fig. XXb u. XXc). Die Endausläufer schwellen unter fortdauernder gabliger Teilung kolbig an und stellen daher in ihrer Gesamtheit geweih- oder kronleuchterartige Gebilde dar (Fig. XXe). Aufserdem tritt regelmäfsig eine rosenkranzförmige Anschwellung der Hyphen ein (Fig. XXc), indem die einzelnen Zellen zu blasenartigen Bildungen von

durchschnittlich 12—20 μ Durchmesser (Fig. XX c u. XX d), aber auch bis zu Riesenblasen von 30 μ Durchmesser (Fig. XX d) anschwellen.

XXI. Favus sulfureus celerior, Achorion atakton.

Da, wie in der Einleitung erwähnt, sich auf dem angegebenen Nährboden dieser Favus sehr dem Favus griseus (XIX) nähert, so sollen im Folgenden nur die Unterschiede von diesem, welche auch hier noch wahrzunehmen sind, angegeben werden.

Das Wachstum ist weniger rasch und führt weder zu einem so hohen, noch so ausgebreiteten Luftmycel. Die Ausbreitung auf der Oberfläche findet etwas beschränkter und dabei öfter inselförmig, diejenige in die Tiefe ebenfalls beschränkter und daher mit schärferer, strahlig auslaufender Begrenzung statt.

Mikroskopisch wäre zu bemerken, dafs — im Gegensatz zu den von mir in Halle vorgezeigten, auf anderem Nährboden gewachsenen Kulturen — auch hier Luftsporen und zwar in fast genau derselben Weise vorkommen, wie beim Favus XIX, dafs aber die Hyphen im Nährboden weniger gestreckt verlaufen und mehr knorrige Äste bilden. (Vgl. Figg. XXI b u. XXI c mit Figg. XIX b u. XIX c).

Korrespondenz.

Honolulu, November 1891.

(Brief von Dr. Adolf Lutz.[1])

Über das Kapitel der Ekzeme habe ich nicht viel zu sagen; diejenigen, welche ihre Entstehung der Hitze und dem Schweifse verdanken, sollen an anderem Orte abgehandelt werden. Sonst sind Ekzeme im Tropenklima, und besonders bei farbigen Rassen, keineswegs häufig. Von dem eigentümlichen, hartnäckigen Ekzem, welches auf die Finger beschränkt ist und fast ausschliefslich in den gebildeten Ständen beobachtet wird, habe ich unter den Fremden mehrere Fälle getroffen.

Häufiger als Ekzeme kommt Urticaria zur Beobachtung; einmal sah ich in einer Familie von 7 Mitgliedern 5 gleichzeitig und in akuter Weise befallen, ohne dafs die Ursache sicher nachgewiesen werden konnte. Der Genufs der Frucht von Mangifera indica, welche namentlich in der Schale viel Terpentin enthält, kann eine Urticaria e balsamicis hervorrufen. Hohe Lufttemperatur begünstigt die Entstehung spontaner Urticaria.

In der Behandlung der letzteren, sowie der sie so häufig begleitenden allgemeinen Reizbarkeit und Hyperästhesie habe ich seit Jahren mit

---

[1] Fortsetzung von S. 277 in No. 7 dieses Bandes.

Antipyrin immer rasche und sichere Resultate erhalten, und wende ich deshalb die ebenfalls wirksamen Mittel einer früheren Periode, Atropin und Natrium salicylicum seltener an. Dafs sich auch mit Antifebrin, Phenacetin, Salol und ähnlichen Mitteln gute Resultate erzielen lassen, ist wohl sicher und auch teilweise von mir selbst erprobt. Dafs die guten Erfolge nicht etwa nur auf die kurze Dauer solcher Fälle zurückzuführen sind, kann ich nach genauen Beobachtungen an mir selbst versichern; auch wird dies durch den deutlichen Effekt in chronischen Fällen zur Genüge bewiesen. Angesichts dieses „Embarras de richesse" mutet es eigentümlich an, wenn man immer noch von der undankbaren Therapie der Urticaria sprechen hört.

Einem sehr exquisiten Fall von chronischer Urticaria papulosa, welche zu einem Scabies und Prurigo ähnlichen Zustande geführt und auf das Allgemeinbefinden einen sehr ungünstigen Einfluss gehabt hatte, brachte eine energische Anwendung von Natrium salicylicum nur eine deutliche Besserung. Atropin zeigte sich weit überlegen und führte einige Zeit hindurch, in ziemlich grofser Dose gebraucht, zu vollständiger und definitiver Heilung, nach welcher bald eine erstaunliche Besserung im Allgemeinbefinden des 14jährigen Knaben, sowie eine auffällig beschleunigte körperliche Entwickelung folgte.

In einem anderen Falle, welchen ich allerdings zur „Duhringschen Krankheit" oder Hydroa infantum rechnen möchte, da die Eruptionen lange Zeit hindurch einen bullös pustulösen Charakter trugen, um später die Form einer chronischen Urticaria anzunehmen, erfolgte während einer längeren kombinierten Behandlung mit Atropin und Natrium salicylicum (in reichlichen Dosen) zwar entschiedene Besserung, aber keine Heilung. Die letztere trat erst ein, nachdem Antipyrin an ihre Stelle gesetzt war, dessen Wirkung sich ganz auffallend schnell und deutlich manifestirte.

Ich möchte hier noch drei Fälle von jener eigentümlichen, von Quincke beschriebenen Krankheit erwähnen, welche auch zuweilen als Riesenurticaria beschrieben wird, obschon sowohl in dieser, als in einigen früher gesehenen Fällen das Jucken ganz vermifst wurde. Dagegen scheint es mir für die flüchtigen, nicht von Albuminurie begleiteten Ödeme einigermafsen charakteristisch, dafs sie mit besonderer Vorliebe die Oberlippe befallen. Zwei meiner Patienten nahmen Antipyrin, nach welchem sich die Ödeme nicht mehr einstellten; und von diesen litt einer später an Urticaria, welche nach Antipyrin ebenfalls wegblieb. Ob dieses Mittel für die Quinckesche Krankheit als Heilmittel angesehen werden darf, will ich nicht entscheiden, bin aber geneigt, es zu glauben. Es ist dies um so merkwürdiger, als Antipyrin mitunter ähnliche Erscheinungen hervorruft; so kenne ich hier eine Halbweifse, bei welcher schon kleine Dosen unfehlbar ein Ödem der Augenlider hervorrufen. Auch sah ich

einmal in Brasilien in einem äufserst schweren Fall von Antipyrinvergiftung in akutester Weise eine enorme Schwellung beider Wangen auftreten. Es handelte sich um einen Rekonvaleszenten von gelbem Fieber, welcher, nachdem er wiederholt unbeschadet ein Gramm Antipyrin gebraucht, einmal auf eigene Faust die doppelte Dose (bei ziemlich leerem Magen und in wenig Wasser gelöst) eingenommen hatte. Er war gleich darauf sehr krank geworden, und ich fand ihn kaum eine Viertelstunde nachher mit eiskalten Extremitäten und pulslos. Selbst an der Carotis und am Herzen liefs sich keine Bewegung fühlen; einzelne über dem Herzen gehörte, ganz schwache unregelmäfsige Töne liefsen noch auf eine Flimmerbewegung desselben schliefsen. Es gelang zwar, durch Anwendung verschiedener Reizmittel die Cirkulation wieder in Gang zu bringen — der erste schwach wahrnehmbare Puls zählte 160 in der Minute — aber die Herzaktion zeigte noch tagelang Störungen. Die höchst auffällige Schwellung der Wangen verlor sich rasch wieder.

In einem sehr schweren Falle von Erythema multiforme, wo neben einem über Rumpf und Extremitäten ungewöhnlich weit verbreiteten Exantheme, Fieber und multiple, schmerzhafte Gelenkschwellungen bestanden, bewährte sich Antipyrin sehr gut und liefs namentlich auch das Erythem sehr rasch verschwinden; die Behandlung wurde mit Salol vollendet. Aufserdem sah ich noch einen auf Hände und Vorderarme beschränkten Fall; in diesem, sowie in einem Falle von Erythema nodosum trat unter Gebrauch von Natriumsalicylat rasche Heilung ein; das neuerdings empfohlene Jodkalium zu versuchen, habe ich noch keine Veranlassung gefunden.

Es bleibt mir noch übrig, des Einflusses zu gedenken, welchen die tropische Hitze auf die Entstehung von Hautaffektionen ausübt; derselbe ist in den Lehrbüchern der Dermatologie wenig berücksichtigt, verdient es aber um so mehr, als ähnliches auch in Europa, wiewohl mehr vorübergehend, beobachtet wird. Honolulu selbst bietet nur selten extremhohe Temperaturen, dafür hatte ich aber anderwärts genügend Gelegenheit, meine Beobachtungen zu ergänzen.

Die direkte Einwirkung der Lichtstrahlen, das Erythema caloricum (auf welches das doppelsinnige deutsche Wort Sonnenstich beschränkt werden sollte), wird meist nur in mäfsigem Grade beobachtet, da es jeder vermeidet, sich den Sonnenstrahlen allzusehr auszusetzen; an die oft unvermeidlichen geringeren Grade gewöhnen sich die gewöhnlich entblöfsten Hautpartien einigermafsen und antworten nur durch vorübergehende Röte und mäfsige, aber ziemlich anhaltende Pigmentierung. Unter besonderen Umständen, wenn z. B. bei Ruderpartien oder langen Seebädern Körperteile, die sonst gewöhnlich bedeckt sind, zugleich der Wirkung direkter und reflektierter Strahlen ausgesetzt werden, kann es zu höchst intensiven und

schmerzhaften Verbrennungen kommen, welche nur langsam und unter lamellöser Desquamation zurückgehen. Die zurückbleibende, scharf abgeschnittene Pigmentierung konnte in einem von mir beobachteten Falle noch nach 10 Monaten deutlich wahrgenommen werden.

Weit häufiger kommen die Wirkungen der gesteigerten Schweifsbildung zur Beobachtung, welche sich am häufigsten unter der Form der Miliaria rubra äufsert. Die Namen Prickly heat, Lichen tropicus, roter Hund etc. bezeichnen dasselbe, nämlich ein Macerationserythem und -ekzem um die Schweifsporen. Dasselbe wird ganz aufserordentlich begünstigt durch das Tragen warmer und speziell wollener Unterkleider; so lange die Fälle nur vereinzelt auftreten, wird man immer im Falle sein, denselben die Hauptschuld beizumessen. Dieser Umstand allein genügt, um die prinzipielle Empfehlung wollener Unterkleider für die Tropen als ganz unpraktisch erscheinen zu lassen, denn Prickly heat mag zwar sehr unschuldig sein, ist aber doch sehr lästig.

Wird die Hitze sehr grofs, so kommt dieselbe Affektion auch bei anderen Leuten zur Beobachtung, namentlich scheinen stark behaarte und fettleibige Menschen derselben unterworfen. Ceteris paribus ist der Thermometerstand das mafsgebende Moment, und viele Leute werden regelmäfsig befallen, wenn derselbe eine gewisse Höhe überschreitet. Bei der weiten Ausbreitung der Krankheit sind aktive lokale Applikationen mifslich; gegen das Jucken bewährten sich mir am besten Karbolsäure und Chloralhydrat in schwachen Salben oder Waschungen. Leichte Kleider, Bäder und Atropin innerlich haben einigen prophylaktischen Wert; Vermeidung von Anstrengung, warmen Lokalen und dergleichen läfst sich meistens nicht durchführen.

Eine andere Folge der Hitze ist die Intertrigo, welche eigentlich nur derselbe Prozefs in anderer Ausbreitung ist, wobei noch, namentlich bei Fettleibigen, ein mechanisches Moment hinzukommt. Auch Dyshidrosis scheint durch hohe Temperaturen begünstigt zu werden.

Diese Dinge sind bekannt genug, auch, dafs gelegentlich die Miliaria rubra in ein eigentliches allgemeines Ekzem übergehen kann. Weniger bekannt ist es, dafs lange Dauer hoher Hitzegrade häufig zu einem massenhaften, förmlich epidemischen Auftreten von Furunkeln und anderen Eiterungs-Prozefsen führt. Das Jucken infolge von Prickly heat, Urticaria, Insektenstichen oder einer durch die Hitze bedingten Reizbarkeit einzelner Hautstellen (oder auch der ganzen Haut) führt zum Kratzen mit dem Resultat, dafs früher oder später eine zerkratzte Stelle eitrig wird, von welcher aus durch den kratzenden Finger, die reibenden Kleider etc. die Eiterkokken überallhin verschleppt werden und auch zur Ansteckung der Hausgenossen führen. Kinder zeigen besonders häufig Ecthyma an den Beinen, aus welchen später durch kleine Phlegmonen nicht selten

häfsliche Ulcera hervorgehen; die sie badenden Mütter holen sich häufig bei dieser und ähnlichen Gelegenheiten ein Panaritium, während bei dem Familienvater vielleicht ein Furunkel den anderen ablöst. Auch Hordeolum wird häufiger als sonst beobachtet, zum Beweis, dafs die häufiger und vielleicht auch virulenter gewordenen Eiterkokken sich überall einnisten. Man sieht nicht selten an Scabies erinnernde Bilder und die sogen. Nilkrätze dürfte vielleicht auch nichts Anderes sein, als ein Gemisch von oberflächlicher eitriger Folliculitis, Ecthyma und Furunkulose, dessen Entstehung auch anderswo durch anhaltende Hitze begünstigt wird.

Versammlungen.

Freie Vereinigung der Chirurgen in Berlin.

Sitzung vom 14. Dezember 1891. (Nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 1.)

Eine Frau, die ungefähr 80 über den ganzen Körper verbreitete **Fibrosarkome der Haut** hatte, wurde von einem Erysipel befallen, infolgedessen sämtliche Sarkome schwanden. Erst nach Jahresfrist konnte Langenbuch, der über den Fall berichtete, ein Rezidiv im Nacken von Pflaumengröfse konstatieren.

Adler berichtete über **multiple** mit Fieber auftretende **Abscesse** am ganzen Körper. Allmählich wurden 24 derartige Abscesse eröffnet und im permanenten Wasserbade geheilt. Ätiologie unbekannt.

Ferner berichtet Adler über einen Fall von **monströser Prostatahypertrophie** bei einem 69jährigen Herrn, der sich selbst katheterisierte, plötzlich aber beim Einführen des Katheters eine starke, anhaltende Blutung bekam. Am anderen Tage Sectio alta, Entleerung massenhafter Blutgerinnsel, Ausspülung der Blase, Sistieren der Blutungen während fünf Tage. Dann wiederum drei Nächte nacheinander starke Blutungen. Am 8. Tage Boutonnière, Einführung eines starken Drains, welcher (wahrscheinlich durch Kompression) die Blutung aufhören machte. Nach drei Wochen abermalige starke Blutungen; durch Sectio alta konnte das Hervorquellen des Blutes aus der Prostata konstatiert werden. Kauterisation, Tod nach einigen Stunden. Die Prostata war enorm hypertrophiert (6,5 cm breit, 20 cm lang).

P. Taenzer-Bremen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Nov. 1891. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891. S. 859). [Schliefst an das Referat S. 38, 39 dieses Bandes an.]

Troisier und Ménétrier zeigen, in Wachs nachgebildet (Moulage), ein **Ulcus tuberculosum**, welches auf der linken Lippenkommissur gewissermafsen ritt, indem es teilweise auf der Schleimhaut, teilweise auf der Wangenhaut safs.

Barthélemy berichtet über einen weiteren Fall von **Herpes zoster** im 5. Interkostalnerven rechts, dem eine Drüsenschwellung in der Fossa infraspinata voraufging. Vielleicht sei dies Verhalten ein Fingerzeig dafür, dafs es sich beim H. z. nicht nur um eine Neuritis, sondern auch um Erkrankung anderer Systeme handeln könne.

Sitzung vom 10. Dez. 1891. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 999.)

Brocq berichtet über 3 Fälle von **Auskratzen beim Lupus**. Zweimal handelte

es sich um grofse lupöse Flächen der Unterextremitäten, einmal um einen Gesichts-Lupus. Vernarbung erfolgte jedesmal innerhalb drei Wochen. VIDAL hält dies VOLKMANNsche Verfahren beim Gesichtslupus für unzweckmäfsig und stellt den allgemeinen Satz auf, dafs die Heilung um so länger andauert, je langsamer sie erzielt wird.

A. FOURNIER ist auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, dafs die **Hg-Behandlung keineswegs den Ausbruch der Tabes syphilitica befördert.** Von 321 syphilitischen Tabetikern waren 24 niemals mit Quecksilber behandelt, während im übrigen die Zahl der Luetiker, die tabetisch erkranken, im umgekehrten Verhältnis zur Länge der Quecksilberbehandlung steht. Da es aber eine grofse Anzahl nervös veranlagter Menschen unter den Syphiliskranken giebt, so soll man bei deren Behandlung nicht nur ihre Syphilis, sondern auch ihr reizbares Nervensystem berücksichtigen. FOURNIER empfiehlt in diesem Sinne Schonung nach jeder Richtung und beständige Kaltwasserbehandlung.

L. JACQUET bringt zu dem in der vorigen Sitzung mitgeteilten drei weitere Fälle von erfolgreicher **Behandlung des Lichen planus mit lauwarmen Douchen,** denen eine ganz kurze kalte Übergiefsung folgt. Er ist dabei ehrlich genug, zu erwähnen, dafs sich bei drei Patientinnen allerlei andere nervöse Erscheinungen einstellten: Interkostal-Neuralgie mit Herpes zoster; Schwäche und Schlappheit; unbestimmte Muskelschmerzen. — In dem Lichen planus erblickt er eine nervöse Erkrankung mit sekundärem, durch Kratzen u. s. w. entstandenem Hautausschlag und zählt sie zu den von ihm und BROCQ „Névrodermites" bezeichneten Formen. Zum Schlufs wird eine eingehende Arbeit über diesen Punkt in Aussicht gestellt.

G. THIBIERGE stellt eine junge Frau mit je einer blafsroten Plaque auf der rechten und linken Wange vor: die Haut ist an den betreffenden Stellen atrophisch, und THIBIERGE wählt für diese Form die etwas langatmige, symptomatische Bezeichnung **„Atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique."**

HALLOPEAU und JEANSELME halten das Vorkommen einer **„Forme érythrodermique généralisée"** der Mykosis fungoides für erwiesen. Die Haut ist dabei rot und verdickt, die Haare fallen zum Teil aus; es besteht heftiges Jucken neben umfangreichen Drüsenschwellungen; früher oder später bilden sich auch mykotische Tumoren.

WICKHAM stellt einen Fall von **Dermatitis herpetiformis**-DUHRING **Varietas pustolosa et vegetans** vor. VIDAL macht auf die Ähnlichkeit mit dem Pemphigus vegetans-NEUMANN aufmerksam.

JULLIEN berichtet über einen Fall von **Pediculosis der Augenwimpern** bei einem 17jähr. Mädchen, deren Kopf gleichfalls voller Läuse safs. Die Phthiriasis ciliarum ist äufserst selten. JULLIEN hat aus der Litteratur 30 Fälle zusammengestellt, von denen 20 Kinder betrafen. Die Behandlung mit Hg schützt nicht vor Rückfällen, ebensowenig die völlige Abtragung der Cilien. Das einzig zuverlässige Mittel ist die Entfernung der einzelnen Läuse und Eier. So hat J. es auch in seinem Falle mit Hülfe einer Lupe und einer kleinen Pinzette gemacht. Merkwürdigerweise fühlte sich seine Patientin durch das Ungeziefer durchaus nicht belästigt.

HALLOPEAU stellt einen Mann mit **Lichen planus** vor, bei dem die Plaques des ganz alten Lichen statt der gewöhnlichen roten Farbe farblos sind, während die Umgebung dunkelbraun erscheint. Der betreffende Patient hat eine wahre Wut, sich zu kratzen, und die Farbenveränderungen fafst H. als eine Folge dieses beständigen Hautreizes auf, während er für die Kratzsucht — Cnomanie — einen psychischen Ursprung annimmt.

Türkheim-Hamburg.

Besprechungen.

Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anmerkungen und Zusätzen versehen,

von

Ernest Besnier und Adrien Doyon.

(2. franz. Ausgabe. Paris. G. Masson. 1891.)

Besprochen von Dr. L. Philippson.

(Fortsetzung.)

Das Kapitel Herpes wird einer sehr einschneidenden Kritik unterzogen und auf die unlogische Zusammenstellung klinisch sehr differenter Krankheiten hingewiesen, wie sie sich in der Kaposischen Beschreibung vorfindet. Obgleich Kaposi den Herpes Iris für eine Art von Erythema multiforme erklärt, bespricht er ihn doch neben dem Herpes Zoster, Herpes labialis und präputialis. Da B. und D. auch hier wieder als Einteilungsprinzip nicht einzig und allein die Efflorescenzenform gelten lassen, sondern überhaupt den ganzen klinischen Verlauf, so fällt für sie der Herpes Iris fort, der als besondere Erscheinungsform des Erythema multiforme (als Erythema hydroa) bereits seine Besprechung gefunden hat. Es bleiben dann noch übrig der Zoster, welcher, eine Krankheit sui generis, besser ohne das Epitheton Herpes zu bezeichnen ist, und zweitens diejenigen Erkrankungen, für welche allein dann der Name Herpes reserviert bleibt: Herpes labialis resp. Herpes mit Lokalisation auf Schleimhäuten, auf anderen Körperstellen, insbesondere um die Öffnungen, zweitens Herpes progenitalis oder, wie B. und D. wollen, nur genitalis. Auf diese Weise ist der Begriff „Herpes" sehr vereinfacht und klar. Die Herpesarten unterscheiden sich demnach von dem Zoster durch ihre schnellere Entwickelung und kürzere Dauer, durch das Fehlen schmerzhafter Sensationen und durch ihre Rezidivfähigkeit, welche beim Zoster sehr gering ist. Es giebt zwar auch Herpesarten, bei denen die Bläschen entsprechend dem Verlaufe eines Nerven gruppiert und welche unilateral sind, aber der ganze Verlauf unterscheidet sie doch wesentlich vom Zoster, und sie heilen, selbst wenn sie lokal häufig rezidivieren, ohne Narben ab. Zu der klinischen Darstellung des Zoster machen B. und D. einige beachtenswerte Anmerkungen. Die Schlaflosigkeit ist eine regelmäfsige Begleiterscheinung, sowohl in den mit Fieber verbundenen, wie fieberfreien Fällen, und alle subjektiven Erscheinungen erfahren in der Nacht eine auffallende Verschlimmerung. Drüsenschwellungen (Lesser hat in seinem Lehrbuch ebenfalls darauf aufmerksam gemacht. Ref.) finden sich sehr häufig in der vom Zoster befallenen Region. Das Zosterbläschen hinterläfst stets rote, pigmentierte Flecke von kürzerem oder längerem Bestande, nach deren Verschwinden noch lange eine pigmentlose Stelle aufzufinden ist. In einer grofsen Zahl von Fällen, besonders bei der Lokalisation im Gesicht, am Halse, auf der oberen Brusthälfte, bleiben Narben zurück. Mit Rücksicht auf die Wandelbarkeit im Verlaufe möchten die französischen Autoren die Prognose bei Zoster nicht allgemein als günstig bezeichnen. Bei Kindern ist der Verlauf gutartig, bei Erwachsenen ebenfalls, mitunter aber auch sehr ernst, wie es bei Greisen gewöhnlich der Fall ist, bei denen die Nervenstörungen gerade schwerer Natur und von langer Dauer sind. — Beim Kapitel Erfrierungen wird auf die Folgezustände derselben bei der Lokalisation auf Wange und Nase, wo sie eine Volumszunahme und Mifsgestaltung hervorrufen, und an den

Ohren, wo leicht Erosionen, die Narben hinterlassen, entstehen, aufmerksam gemacht. Auch die Erfrierungen an den Händen und Füfsen, besonders bei jungen Mädchen, führen schliefslich zu Verdickungen, deren Bildung man durch aufmerksame Pflege zuvorkommen kann. Tägliche warme lokale Bäder in einer Abkochung von Wallnufsblättern, darauf folgende Friktionen mit Kampferspiritus oder Einpinselung mit Jodtinktur sind empfehlenswert. Die Hände und Füfse müssen dann hinterher sorgfältig eingepudert werden und Strümpfe und Fufszeug vor Feuchtigkeit geschützt werden. — Aus den Anmerkungen zur Psoriasis wollen wir hier verschiedene wiedergeben, die sowohl klinisches wie theoretisches Interesse darbieten. Der rote Saum um die Primäreffloreszenz ist nicht konstant und wird sowohl von allgemeinen, wie lokalen Umständen beeinflufst, wie er andererseits auch von dem Alter der Plaques abhängt. Bei letzteren fehlt er, sobald sie lange auf demselben Platze verharren oder wenn sie zurückgehen. Psoriasis gyrata entsteht nicht allein durch peripheres Fortschreiten einer einzigen Effloreszenz, sondern kann auch durch eine derartige Gruppierung verschiedener Effloreszenzen gebildet werden. Es giebt Fälle, in denen überhaupt stets nur solche figurierte Formen auftreten und welche daher eine grofse Ähnlichkeit mit dem figurierten squamösen Ekzem und mit circinären papulösen Syphiliden gewinnen. Die typische Lokalisation der Psoriasis an Ellbogen und Knie kann in zweifellosen Fällen dieser Krankheit fehlen, während sie andererseits bei Lichen, Syphilis, Ekzem, Pityriasis rubra pilaris vorkommen kann. Absolut pathognomonisch ist diese Lokalisation also nicht. Giebt es doch ferner auch Fälle, wo gerade die Streckseiten frei sind und nur die Beugeseite befallen. Hier erheben sich dann die Schwierigkeiten, die Differentialdiagnose zwischen Psoriasis und Eczema seborrhoicum psoriatiforme (Unna) zu machen. „Die Diagnose darf heutzutage nur basiert werden auf den gesamten Krankheitsverlauf und nicht auf das jeweilige klinische Aussehen, da letzteres bei unzweifelhafter Psoriasis und gewissen Ekzemformen vollständig dasselbe sein kann.“ Im Verlaufe der Krankheit können allgemeine akute Ausbrüche vorkommen von dem Typus der Dermatitis scarlatiniformis. Dieselben können lange anhalten, zum Verlust der Haare und Nägel führen und von Störungen innerer Organe begleitet sein. Trotzdem ist die Prognose günstig, wenn eben die Dermatitis im Verlaufe einer echten Psoriasis auftritt. Über die Beziehungen der Psoriasis zu Gelenkaffektionen sprechen B. und D. sich so aus, dafs sie die letzteren nicht als Begleiterscheinungen der ersteren ansehen, sondern vielmehr für beide eine und dieselbe Ursache anerkennen. Sie finden etwa in 5% der Fälle jene Koincidenz, oder, wie sie annehmen, sind 5% der Fälle von Psoriasis mit Lokalisation desselben Giftes in den Gelenken kompliziert. Die abgeheilte Psoriasis-Plaque hinterläfst einen zuerst hyperämischen, später pigmentierten Fleck, der lange bestehen bleibt. Besonders ist dies an den unteren Extremitäten der Fall, wo überhaupt die einzelne Plaque von längerer Dauer ist.

An die Psoriasis schliefsen die französischen Übersetzer eine Krankheit an, welche bereits seit langer Zeit in Frankreich studiert ist, welche aber bisher noch in keinem deutschen Lehrbuch eine genügende Besprechung gefunden hat, obgleich auch bei uns hin und wieder derartige Fälle diagnostiziert worden sind. Bekanntlich hat Besnier in einer Monographie (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1889) das Bild der Pityriasis rubra pilaris in klassischer Weise entworfen, und findet auch in vorliegendem Werke dieselbe eine eingehende Besprechung, aus welcher die Hauptzüge wiedergegeben werden mögen.

Sie ist eine subakut oder chronisch verlaufende rezidivierende Hautkrankheit ohne schwerere Allgemeinerscheinungen. Die Haut ist gerötet, schuppend, mit

Hornkegeln besetzt, und zwar in mehr oder weniger grofser Ausdehnung. In ausgesprochenen Fällen ist die Kopfhaut mit dicken fettigen Schuppen bedeckt, die Gesichtshaut gespannt, gerötet, schuppend oder mit einer gleichmäfsigen, festanhaftenden Schuppenlage bedeckt, die Haut des Rumpfes und der Extremitäten ist rot, schuppend, rauh anzufühlen, ihre Oberhautfelderung stärker ausgeprägt; besonders charakteristisch sind die Veränderungen an den Händen und Füfsen: auf dem Dorsum finden sich kleine, weifse oder rötliche schuppende Erhabenheiten, welche von Haaren durchbohrt werden, die Palma und Planta schuppen in gröfseren Lamellen ab, und die Nagelplatte wird durch neugebildete schwammige Hornschichten emporgewölbt. — Das Krankheitsbild setzt sich also zusammen aus drei verschiedenen Veränderungen, welche in folgender Reihenfolge auftreten: 1. die Erhabenheiten um die Follikelmündungen, 2. die Abschuppung, 3. die Röte mit stärkerer Ausprägung der Oberhautfelderung. Die Erhabenheiten sind gewöhnlich kegelförmig, grau, im Centrum von einem Haare durchbohrt, sie sind hart anzufühlen und lassen sich aus dem Haarfollikel in Form eines Zapfens herausheben, ohne dafs kapilläre Blutung, wie bei Psoriasis, entsteht. Sie können einzeln stehen, unregelmäfsig zerstreut oder in Reihen angeordnet sein, mitunter fliefsen auch mehrere zusammen, um gröfsere oder kleinere Plaques zu bilden: sie kommen in dem einen Falle auf dem ganzen Körper in symmetrischer Weise vor oder treten nur regionär auf. Mit Ausnahme des behaarten Kopfes und der Palma und Planta, finden sie sich überall, hauptsächlich aber an der vorderen und äufseren Seite der Extremitäten, um die grofsen Gelenke, am Halse, an der oberen Thoraxhälfte, am Gesäfs, an der Dorsalfläche der Hände. Aufser diesen Hornkegeln besteht nun weiter eine regionäre oder allgemeine Abschuppung in Kleienform oder seborrhoischer Natur oder, wie an Palma und Planta, in gröfseren Lamellen. Diese Abschuppung ist oft das erste sichtbare Symptom der Krankheit; mehrere Wochen vor Auftritt der charakteristischen Efflorescenzen entwickelt sich eine starke Pityriasis des behaarten Kopfes und des Gesichtes oder eine lamellöse Abschuppung an Hohlhand und Sohle. Die Abschuppung und die Bildung der Hornkegel sind die primären Veränderungen, welche durch die Pityriasis gesetzt werden, daran schliefsen sich sekundär die Hyperämie und die durch die Infiltration der obersten Cutislagen bedingte stärkere Ausprägung der Oberhautfelderung an. Die Röte tritt zuerst als feiner Hof um die Kegel auf und breitet sich dann allmählich peripher aus, um gröfsere oder kleinere hyperämische Flecke zu bilden. Die Röte verschwindet unter Druck, die Haut ist noch nicht infiltriert. Erst wenn die Hornkegel und Schuppen stärker entwickelt sind, findet man die betreffenden Hautstellen etwas erhaben und infiltriert und ihre Oberhautfelderung stärker ausgeprägt. — Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich Psoriasis in Betracht. In zweifelhaften Fällen ist bei der Primäreffloreszenz zu beachten, ob sie einen in dem Haarfollikel sitzenden Zapfen hat, der nicht so leicht zu entfernen ist, wie das Psoriasisschüppchen. Aufserdem finden sich solche Hornkegel bei der Pityriasis rubra pilaris sehr gewöhnlich und besonders auf der Streckseite der Phalangen, während sie bei Psoriasis nur ausnahmsweise vorkommen. Bei ausgebreiteten Fällen ist auf die Dicke der Schuppenauflagerungen auf dem Kopfe bei Psoriasis im Gegensatz zu den dünneren bei Pityriasis zu achten. — Therapeutisch verfährt man im allgemeinen wie bei Psoriasis.

Die Pityriasis rubra Hebrae wird als selbständige Krankheit vollkommen anerkannt, aber, während von Hebra dieser Symptomenkomplex nur bei letal endigenden Fällen gefunden wurde, hat man schon seit langer Zeit in Frankreich daneben auch gutartigere Fälle unterschieden, bei denen auch lediglich Röte und feine Abschuppung der Haut bestand, ohne Hinzutreten irgend einer sonstigen Effloreszenz. Da nun aber ganz andere Fälle von Hautkrankheiten mit gleichen klinischen Charak-

teren zur Kenntnis des Arztes kommen, welche doch, sei es im Beginne oder nach Verlauf einer bestimmten Zeit, noch andere klinische Symptome aufweisen, so halten es die französischen Kliniker für angezeigt, fürs erste alle diese Fälle unter dem Namen „Erythrodermia exfoliativa“ zusammenzufassen. Die theoretisch wie praktisch wichtige Frage ist nämlich folgende: wenn im Verlaufe von universellen Dermatosen, wie Ekzem, Psoriasis, Lichen, Pemphigus etc., nach Verschwinden der typischen Efflorescenzen eine mit Schuppung verbundene Röte auftritt, ist dieser Symptomenkomplex dann nur als ein Stadium im Verlaufe dieser verschiedenen Krankheiten aufzufassen, oder nicht vielmehr als eine jene Dermatosen komplizierende selbständige Krankheit? B. und D. neigen letzterer Ansicht zu und unterscheiden sekundäre exfoliative Erythrodermien, welche im Verlaufe von verschiedenen Dermatosen auftreten und primäre, idiopathische, welche als selbständige Krankheiten bestehen und bestehen bleiben oder nur Vorläufer von anderen Dermatosen sind. Die idiopathischen treten in akuter und subakuter Weise auf oder haben einen sehr chronischen Verlauf. Solche mit Schuppung verbundenen Erytheme sind bekannt als Prodrome oder Begleiterscheinungen von leukämischen, pseudoleukämischen Erkrankungen der Haut, von Mycosis fungoides, ferner von chronischen Infektionskrankheiten innerer Organe, wie von der Blase, den Nieren, des Uterus etc. Die von den Autoren gegebene Einteilung dieser so schwierig zu deutenden Krankheitsbilder wird sich gewifs provisorisch sehr nützlich zum Systematisieren vorkommender Fälle verwerten lassen, was bis jetzt nicht gut möglich war.

Die Vereinfachung, welche das Kapitel Lichen durch die französischen Gelehrten erfahren hat, ist bereits in der Einleitung besprochen worden. Es existiert demnach neben der Unnaschen Form nur noch ein Lichen, d. i. der Lichen von Wilson, der auch besser nicht planus genannt wird, da neben dieser Form der Efflorescenz auch noch andere vorkommen. B. und D. machen besonders auf die Ringform aufmerksam, welche sich ebenfalls aus einem kleinen Knötchen, wie die anderen Formen, entwickelt. Dieses Knötchen ist glänzend weifs, glatt, tief gedellt, es breitet sich schnell peripher aus und bildet einen Ring bis über 3 cm im Durchmesser. Der Rand desselben ist erhaben, schmal, wachsartig glänzend, rotbraun, hart, das Centrum ist weifs oder pigmentiert. In betreff der Schuppenbildung beim Lichenknötchen wird betont, dafs zwar dieselbe stets gering ist, dafs sie aber mit dem Alter der Efflorescenz zunimmt, derart, dafs in noch nicht behandelten älteren Fällen Psoriasis oder Pityriasis rubra pilaris vorgetäuscht werden kann. — Der Verlauf und die Dauer des Lichen ist sehr variabel. Es giebt wirklich akute Fälle, wo in wenigen Wochen die Krankheit universell wird, alsdann überwiegen gerade die akuminierten Formen der Knötchen die planen. Lichenfälle, wo aber ausschliefslich die erstere Form während der ganzen Krankheitsdauer bestanden haben, haben B. und D. nicht beobachtet. Die Lebensdauer der einzelnen Papeln beläuft sich stets nur auf einige Monate, nie wurden von jenen Klinikern universelle Fälle beobachtet, welche, wie es bei Psoriasis vorkommt, in dieser Form unendlich lange bestehen blieben. Bei Lichen können neue Ausbrüche in kürzerem oder längerem Intervall aufeinanderfolgen, aber es ist keine eigentlich rezidivierende Krankheit. Nach einer wirklichen Heilung der Krankheit von 2—3 Jahren z. B. tritt nur ganz ausnahmsweise die Krankheit von neuem auf. — Mit Hinweis auf neuere histologische Arbeiten über diese Krankheit, besonders auf diejenige von Török, heben B. und D. hervor, dafs Lichen seinen primären Sitz im Korium hat und dafs er sich dadurch von so vielen anderen früher als Lichen bezeichneten Krankheiten unterscheide. Die Bedeutung des Arseniks für die Behandlung des Lichen wird, wie auch schon von anderen Dermatologen, so auch von B. und D., sehr

eingeschränkt. Unter voller Anerkennung der Heilwirkung dieses Mittels wird jedoch von ihnen betont, dafs erstens genug Fälle ohne jegliche Medikation spontan heilen, dafs der Nichtgebrauch von Arsenik daher keine Lebensgefahr für den Patienten nach sich zieht, dafs eine grofse Zahl durch Arsenik nicht geheilt wird, und dafs eine rein lokale Behandlung ebenfalls zum Ziele führen kann. Eine 5—10% Pyrogallolsalbe wirkt mitunter sehr schnell; vorteilhaft sind auch Hg-Präparate.

Wir kommen jetzt zum Kapitel Ekzem, welches, wie bereits in den einleitenden Worten angedeutet wurde, von den französischen Autoren in der Form der Wiener Schule als durchaus unhaltbar bezeichnet wird. B. und D. präzisieren in klaren Worten die Fragen, welche heutzutage mit Recht über die Existenzberechtigung eines so unbestimmt definierten Begriffs, wie des Ekzems, aufgeworfen werden. Aufserhalb des Bereichs des unmittelbaren Einflusses der Wiener Schule ist es gewifs leichter, diesen Fragen objektiv gegenüberzutreten, da der Ekzembegriff daselbst nie so ausgedehnt wurde und neben der Krankheit Ekzem noch andere ihr ähnliche ihre selbständige Stellung beibehalten haben. Der Weg, den man in Deutschland-Österreich in dieser Frage wieder zurückgehen mufs, ist im Auslande nicht so allgemein beschritten worden, und daher werden wir künftighin aus dem vorliegenden Werke, welches die französischen, englischen und amerikanischen Autoren weitgehend berücksichtigt, noch vieles zu lernen haben. Der einzige deutsche Dermatologe, welcher in der uns hier beschäftigenden Frage seit langem einen unabhängigen Standpunkt vertreten hat, ist bekanntlich Unna, welcher durch eine Reihe von Arbeiten die Grundlagen für ein neues Krankheitsbild des Ekzems geschaffen hat. Den Lesern dieser Hefte sind diese Untersuchungen bekannt, und brauchen wir hier deshalb nicht weiter darauf einzugehen. Über die Bedeutung dieser Arbeiten, welche allerdings in Deutschland bis jetzt nur sehr geringen Beifall gefunden, aber desto mehr Widerspruch hervorgerufen haben, sprechen sich B. und D. in folgenden Worten aus: „Unna kommt das Verdienst zu, einen besonderen Typus des Ekzems aufgestellt und verallgemeinert zu haben, und es gereicht ihm zur Ehre, die Grundlagen zu einer Revolution geschaffen zu haben, deren glückliche Erfolge für die Fortschritte der Dermatologie bereits unbestreitbar sind. Dafs es notwendig ist, seine Lehre zu modifizieren, verringert nicht das Verdienst und nicht den Dienst, welchen er geleistet hat.“ Mit diesen Worten leiten die französischen Dermatologen die Darstellung des seborrhoischen Ekzems ein, in welcher sie eingehend die Vorarbeiten amerikanischer, englischer und französischer Autoren, sowie ihre eigenen besprechen. Die Unnasche Beschreibung wird wörtlich wiedergegeben, wie wir sie bereits kennen. Dieselbe wird noch durch einige Bemerkungen über die Lokalisation des Eczema seborrhoicum an den Lippen und auf der Zunge ergänzt. Neben einer typischen Seborrhoe des Gesichtes beobachtet man mitunter am Lippenrot eine Affektion, welche zur Entzündung, Bildung von Schuppen und von Rhagaden führt und welche sehr hartnäckig ist. Es werden leichte Adstringentien, Kaliseife, Teer und Auftragen einer dünnen Schutzdecke von gutem Traumaticin als wirksam dagegen empfohlen. Auf der Zunge trifft man kreisrunde, abschuppende Herde bei an seborrhoischem Ekzem leidenden Personen. Desgleichen finden sich bei ihnen häufig verschiedene Arten von Nagelerkrankungen. Neben dem Eczema seborrhoicum stellen B. und D. keinen anderen Typus auf, sondern sie beschränken sich darauf, in den Anmerkungen zu betonen, dafs eine ganze Reihe zum Ekzem gerechneter Krankheiten schon jetzt herauszunehmen sind und bereits schon von anderen Autoren abgesondert sind: verschiedene durch Eiterkokken und Hyphomyceten verursachte Erkrankungen, solche, welche ihrem Verlaufe nach vermutlich ebenfalls durch noch unbekannte Pilze

bedingt sind, die durch mechanische, chemische, thermische Ursachen hervorgerufenen Oberflächenkatarrhe u. s. w. Gerade mit Rücksicht auf die letzteren polemisieren sie mit vollem Recht gegen die Darstellung im Kaposischen Lehrbuch, nach welcher bekanntlich auf künstlichem Wege bei jedem Individuum das Ekzem, d. h. eine Krankheit, charakterisiert durch ihre polymorphen Efflorescenzen und durch ihren wechselvollen Verlauf, erzeugt werden könne, wodurch den Ansprüchen der experimentellen Pathologie vollauf Genüge gethan sei. B. und D. machen erstens dagegen geltend, dafs von Kaposi selbst Affektionen Ekzem genannt werden, die gewifs nicht experimentell gemacht werden können, und dafs, wenn andererseits, eine Affektion künstlich gesetzt wird, dieselbe zwar einem spontan entstandenen Ekzem ähnlich sein kann, aber trotzdem nicht identisch zu sein braucht. Wenn wirklich ein echtes Ekzem nach einem künstlichen Reiz entsteht, so geschieht es nur bei Individuen, die überhaupt zu Ekzemen neigen, aber nicht bei anderen, bei der Mehrzahl. Diese durch bekannte äufsere Einflüsse hervorgebrachten Katarrhe der Oberhaut werden bekanntlich von Unna als artifizielle Dermatitiden von den wahren Ekzemen abgetrennt. Die Ekzeme werden dann weiter nach ihrer Morphologie und ihrem Verlaufe eingeteilt und zwar in verschiedene Arten, welche auch wahrscheinlich durch verschiedene Pilze erzeugt werden. — Zur Therapie des Ekzems der behaarten Teile des Gesichts machen B. und D. einige wertvolle Bemerkungen: Das rezidivierende Ekzem der Oberlippe darf nicht mit reizenden Mitteln wie Quecksilber behandelt werden, es wird dadurch nur unterhalten. Durch Epilation, Kataplasmen etc. kann es oft in kurzer Zeit geheilt werden. Bei dem chronischen Ekzem des Bartes ist eine gleiche Behandlung angezeigt. Für das Achselhöhlenekzem bei Frauen werden 3—4 malige tägliche Seifenwaschungen mit nachfolgendem Einpudern und die Beseitigung aller drückenden Wäsche oder impermeabler Stoffe (Schweifsblättchen etc.) empfohlen. After- und Skrotumekzeme werden in der Nacht mit Kataplasmen und am Tage mit dünnem Guttaperchapapier, welches in das Suspensorium gelegt wird, behandelt, daneben natürlich peinliche lokale Reinigung. Es wird auch auf die bekannte Thatsache aufmerksam gemacht, dafs das Ekzem der Beine, insbesondere der Unterschenkel, wie überhaupt jede dort lokalisierte Hautkrankheit, schwerer zu behandeln und zu heilen ist, als an den andern Körperstellen. Bei gleicher Behandlung bleiben die unteren Extremitäten in der Besserung stets hinter dem übrigen Körper zurück, und ist auf diese Thatsache bei der Therapie Rücksicht zu nehmen.

Die Reform, welche die französischen Autoren dem Kapitel Akne angedeihen lassen, beruht sowohl auf klinischer wie auf anatomischer Erkenntnis. Die Sammelnamen Akne und Sykosis werden danach in diejenigen Bestandteile zerlegt, welche als einheitliche aufzufassen sind. Zur Akne gehört in erster Linie die Akne vulgaris in ihren verschiedenen Erscheinungsformen, welche ihre Zusammengehörigkeit dadurch dokumentieren, dafs sie nebeneinander wie nacheinander auftreten können. Ihr Sitz ist nicht hauptsächlich die Talgdrüse selbst, als vielmehr der ganze Haarfollikel mit seinen epithelialen wie bindegewebigen Elementen, welche gerade primär erkranken, daher wäre die Bezeichnung Follikulitis vorzuziehen. Ferner gehört zur Akne die Akne varioliformis von Hebra (A. necrotica Boeck) Ulerythema acneiforme Unna, weiter die Akne pilaris depilans von Besnier (Uleryth. sycosiforme Unna), dann Cheloidakne, Akne cornea und Akne agminata (folliculites et perifoll. agminées) und schliefslich die Darierssche Psorospermose. Die ausführliche Beschreibung aller dieser Formen, welche B. und D. geben, würde uns zu einer wörtlichen Widergabe nötigen, wenn nicht gerade die beiden Ulerythemformen durch Unna bereits den Lesern dieser Zeitschrift bekannt

wären. Wir können uns daher auf eine kurze Skizzierung dieser Krankheiten beschränken. Die Akne necrotica befällt hauptsächlich den behaarten Teil des Gesichtes, die Stirn- und Nackenhaargrenze, Brust und obere Rückenhälfte. Sie tritt als leichte, rötliche Erhabenheit von Hanfkorn- bis Erbsengröfse um die Follikelmündungen auf, dann entsteht im Centrum eine kleine Pustel, welche schnell zu einer grünlichgelben Kruste eintrocknet, unter welcher beim Abheben eine seichte Vertiefung, die Narbe, zu finden ist. Die Effloreszenzen sind oft gruppiert und mitunter circinär angeordnet. Es existieren zahlreiche Abweichungen in der Form der Effloreszenzen und in ihrer Umwandlung. Das Ulerythema sycosiforme Unna (Acné pilaire cicatricielle dépilante Besnier) hält sich hauptsächlich an die behaarte Partie über dem aufsteigenden Unterkieferast. Es beginnt langsam als oberflächliche Röte kleinerer oder gröfserer Stellen, zu welcher sich um die Haare lokalisierte Pusteln gesellen. Nach dem Abheilen derselben fallen die Haare aus, die Haut schuppt ab und die betreffende Hautpartie bleibt narbig. Derartige Herde treten vereinzelt auf oder ein einzelner Herd dehnt sich peripherisch aus. Die Dauer ist eine sehr lange und durch therapeutische Eingriffe nur schwer abzukürzen. Die Keloidakne tritt besonders am Nacken, beim Mann auch an den behaarten Teilen des Gesichtes und des Halses auf. Die Primäreffloreszenz tritt als kleine oberflächliche Pustel um das Haar auf; während letztere abheilt, bildet sich in der Cutis eine Verhärtung. Benachbarte Verhärtungen verschmelzen miteinander, wachsen und bilden nach Monaten und Jahren ein glattes narbiges, über das Niveau der Haut hervorragendes Keloid. Durch das Vorkommen derselben bei Personen mit Akne vulgaris wird die Zusammengehörigkeit dieser Akneformen bewiesen. Akne cornea ist nach Hardy eine chronische, zur Bildung von Hornpfröpfen innerhalb der Follikelmündungen und zur Atrophie der Haare führende Erkrankung, welche nach B. und D. jedoch einer genaueren Untersuchung noch benötigt. Auch die Folliculitis agminata (sive Hydradenitis) bedarf noch einer genauen Definition, zumal durch die neueren Arbeiten von Lukasiewicz und Pollitzer über diesen Gegenstand die Natur dieser Erkrankung nicht als einheitlich angesehen werden kann (Ref.). Dagegen ist die klinische und anatomische, wenn auch nicht ätiologische Seite der Darierschen Psorospermose bereits durch die übereinstimmenden Darstellungen der verschiedenen Autoren klargelegt worden. Die Krankheit entwickelt sich hauptsächlich innerhalb der Haarfolikel, in dem Haarbalgtrichter, in welchem sich eine weiche, etwas fettig anzufühlende, hellgraue Masse ansammelt. Dieselbe bildet auf der Oberfläche der Haut eine flache oder konische Erhabenheit von grauer bis schwarzer Farbe. Die Efflorenscenzen verleihen der Haut eine unregelmäfsige, rauh anzufühlende Oberfläche. Die Follikelmündungen sind nicht zu sehen, da sie von einer Hornplatte verdeckt sind, entfernt man letztere, so läfst sich aus der Haut ein kleiner Hornzapfen herausheben, welcher in dem Trichter steckte. Je nach dem Sitze der Effloreszenzen, welche über den ganzen Körper zerstreut vorkommen, ändert sich auch etwas das Aussehen, bald sind sie mehr trocken, bald feuchter, bald fettiger etc. In weiterer Entwickelung kommt es zu gröfseren und kleineren Knoten, welche aus den Primäreffloreszenzen und einem entzündlichen Odem der Cutis hervorgehen. Die Knoten sind von unregelmäfsig warziger Oberfläche, mit nässenden Krusten bedeckt und sondern einen übelriechenden Saft ab. Der Krankheitsprozefs ist chronisch, schreitet symmetrisch vorwärts und hat keinen Einfluſs auf das Allgemeinbefinden. Therapeutisch ist bis jetzt das Fortschreiten der Krankheit nicht zu beeinflussen. Das grofse Interesse, welches sich an diese Krankheit knüpft, rührt daher, dafs nach Dariers Auffassung der Inhalt der Follikel aus Psorospermien besteht und dafs dadurch überhaupt auf die ganze Klasse der follikularen Keratosen ein neues Licht geworfen zu sein scheint. Allerdings

sind von anderen Autoren die von Darier als Parasiten betrachteten Bildungen auf degenerierte Epithelzellen zurückgeführt worden, und zwar mit ähnlichen Gründen, wie sie von Török und Tommasoli gegen die Parasitennatur der sogenannten Molluscumkörperchen, die ihren Vertreter in Neisser gefunden haben, geltend gemacht worden sind. Klinisch jedoch ist die Dariersche Krankheit so gut charakterisiert, daſs sie unschwer diagnosticiert werden kann. — Wir kommen zu der letzten, praktisch wichtigsten Follikulitis, der Sykosis. Die Reinigung des Begriffs Sykosis läſst in der französischen Darstellung an Klarheit nichts zu wünschen übrig. Schon längst ist von Hardy auf die häufige Verwechselung der eigentlichen Sykosis mit dem an denselben Stellen lokalisierten Ekzem hingewiesen worden und haben die Bedenken gegen die Zusammengehörigkeit aller der in der Wiener Schule Sykosis benannten Erkrankungen durch B. und D. bereits in der ersten Ausgabe der französischen Übersetzung ihren Ausdruck gefunden, ohne daſs in Deutschland zu einer Revision dieses Kapitels geschritten wäre. Soll Sykosis einen eigenen Inhalt haben, so kann man darunter nur eine tiefsitzende Entzündung des Haarfollikels verstehen. Dieselbe hat daher ihren Sitz auf dem behaarten Kopfe, an den bärtigen Hautpartien und an den behaarten Teilen der Schamgegend (bei den tiefen knotigen Entzündungen in der Achselhöhle handelt es sich hauptsächlich um eine Entzündung um die Knäueldrüsen). Danach gehören nicht zur Sykosis die Akne, welche sich um die Lanugohärchen und deren Talgdrüsen besonders abspielt, und zweitens die oberflächlichen Pustelaffektionen in der Höhe der Einmündungsstelle des Talgdrüsenausführungsganges in den Haarfollikel. Für die Richtigkeit dieser Trennung spricht auch die bekannte Thatsache, daſs für gewöhnlich Akne neben Sykosis nicht vorkommt. Andererseits geht aber manchmal eine Sykosis direkt aus einem Ekzem der behaarten Teile hervor, derart, daſs man von einer Komplikation des Ekzems sprechen kann. Man kann mit Rücksicht hierauf die tiefsitzenden Follikulitiden einteilen in primäre und in sekundäre. Als Typus der primären Sykosis ist die Trichophytie zu nennen und als Typus der sekundären die postekzematöse Sykosis. Es ist bemerkenswert, daſs diese beiden Krankheiten die häufigsten Erscheinungsformen der Sykosis sind und nicht die durch noch unbekannte Ursachen bedingte primäre Sykosis, welche B. und D. für sehr selten halten. Gerade die gröſste Zahl der rezidivierenden Sykosisfälle halten B. und D. für postekzematöse, selbst wenn zur Zeit eines Rückfalles lokal wenigstens keine Ekzemerscheinungen vorliegen. Aber diese Patienten leiden trotzdem an Ekzem, wie man sich durch eine genaue Inspektion des übrigen Körpers überzeugen kann. Von der eigentlichen Sykosis, der tiefsitzenden Follikulitis, welche immer Gruppen von Follikeln befällt, mit Entzündungserscheinungen der zwischen ihnen liegenden Cutis verbunden ist und welche zur Bildung der erhabenen, indurierten, drüsigen Knoten mit ihren miliaren Abscessen führt, von dieser Sykosis sind also hauptsächlich zwei Krankheiten zu unterscheiden: das chronische Ekzem der behaarten Hautpartien und die zu Haarausfall und zur Narbenbildung führende Akne von Besnier (Ulerythema sykosiforme Unna). Beide Krankheiten müssen diagnostisch stets in Frage gezogen werden und lassen sich, wenn auch nicht immer, so doch meistens von der Sykosis trennen. Ein chronisches Ekzem kann insofern mit Sykosis Ähnlichkeit haben, als auch bei ihm immer wieder von neuem Pusteln um die Haare aufzutreten, die Wurzelscheiden gequollen sind, die Haare zeitweilig fehlen oder (nur nach sehr langer Dauer des Ekzems) definitiv ausfallen und gelegentlich auch die Entzündung an dem Haarschaft in die Tiefe steigt. Aber gewöhnlich sind die befallenen Partien nur leicht erhaben, da nur die oberflächlichsten Cutislagen ergriffen sind und die tieferen Lagen nicht mit in den Entzündungsprozeſs des Ekzems einbezogen werden. Auſserdem findet man gewöhnlich bei demselben

Patienten andere Symptome des Ekzems. Auch das Ulerythem hat nur einen oberflächlichen Sitz, schreitet langsam oberflächlich fort und bildet nicht die derben Knoten der Sykosis. Andererseits unterscheidet sich diese Krankheit von dem Ekzem hauptsächlich dadurch, daſs letzteres nie zu Narben führt, was beim Ulerythem die Regel ist; aufserdem tritt bei letzterem sogleich eine Alopecie ein, was nur bei sehr lange bestehendem Ekzem zu beobachten ist. — An diese sich am Haarapparate abspielenden Prozesse wollen wir eine Krankheit anschliefsen, welche ebenfalls ihren Sitz am Haare und zwar im Haarbalgtrichter hat. Dieser Krankheit ist eigentlich erst seit der Publikation aus der Unnaschen Schule (Ulerythema ophryogenes Taenzer, diese Zeitschr. 1889) in Deutschland Beachtung geschenkt worden, während sie im Ausland bereits seit 1½ Dezennien unter verschiedenen Namen (Keratosis pilaris — Cacotrophia folliculorum) studiert worden ist. Besnier nennt sie Xeroderma pilare, weil neben der Haarveränderung noch eine Trockenheit der Haut an den erkrankten Partien besteht. Ein derartiger Zustand der Haut findet sich bei sehr vielen Personen bereits vor dem Auftreten der Follikelveränderungen. Diese bestehen in der Bildung eines Hornpfropfs in dem Haarbalgtrichter, in welchem mehrere rudimentäre Haare aufgerollt liegen bleiben. Diese Hyperkeratose wird begleitet von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Röte um den Follikel und hat schliefslich eine Atrophie der ganzen Haarpapille und eine Narbenbildung zur Folge. Hauptsächlich befallen werden die Streckseiten der Extremitäten, welche leicht abschuppen, eine graue Verfärbung zeigen, mit stecknadelkopfgrofsen, konischen, harten Erhabenheiten bedeckt sind, in deren Centrum ein mehr oder weniger verändertes Haar sichtbar ist. Je nach der Beteiligung der Kapillaren wechselt auch die Farbe der Knötchen, welche bald blafs, bald rötlich, bald intensiv gerötet sind. Diese Röte beschränkt sich nicht immer auf die Efflorescenzen, sondern auch die zwischen ihnen liegende Oberfläche erscheint mitunter in weiter Ausdehnung gleichmäfsig gerötet, und treten die Follikelmündungen als stärker gerötete Punkte mehr hervor. Im Gesicht tritt diese Affektion in etwas anderer Form auf: an der äufseren Hälfte der Augenbrauenbogen sind die Haare stark gelichtet und die Haut gerötet und leicht granuliert, wie cutis anserina. Derselbe Zustand zieht sich an dem absteigenden Ast des Unterkiefers vor dem Ohre hinab. An diesen Stellen führt der Prozefs aufser zu Haarausfall auch noch zur Bildung kleiner, leicht eingesunkener Narben, welche sich als farblose Punkte von der Röte der Umgebung abheben. Diese Affektion findet sich häufiger bei Frauen als bei Männern; sie beginnt vor der Pubertätszeit, in welcher sie ihren Höhegrad erreicht, um bis zum Alter fortzudauern oder bereits im Mannesalter zu verschwinden. Lymphatische Individuen sind hauptsächlich befallen, besonders Lupöse, Tuberkulöse aller Art. Ferner vererbt sich diese Affektion, und Geschwister sind häufig in verschiedenem Grade damit behaftet. Diagnostisch ist besonders die Verbreitung des Prozesses über den Körper und die Einzeleffloreszenz zu beachten. Therapeutisch ist die allgemeine Trockenheit der Haut und die Hyperkeratose zu bekämpfen.

(Fortsetzung folgt.)

Kurze Anleitung zur Verwendung der Wickersheimerschen Flüssigkeit für anatomische Präparate, von Wickersheimer. (Berlin. 1892. Boas & Hesse.) Der Erfinder macht genaue Angaben über Zusammensetzung und Anwendungsweise seiner Konservierungsflüssigkeit, die von der Viktoria-Apotheke in Berlin stets fertig bezogen werden kann.

Alaun	100,0
Kochsalz	25,0
Kalisalpeter	12,0
Pottasche	60,0
Arsenige Säure	20,0
Wasser	3000,0.

Die Bestandteile werden in angegebener Reihenfolge in warmem Wasser gelöst. Nach der Abkühlung des Wassers wird die Lösung filtriert und auf 10 Volumina Flüssigkeit, 4 Volumina Glycerin und 1 Volumen Methylalkohol zugesetzt.

Genaue Angaben über Injektionsverfahren, Herstellung von Bänder-Skeletts, Muskel, Nerven und Gefäfspräparaten, Konservierung innerer Organe und pathologischer Bildungen, Aufstellung von Präparaten und Metall-Korrosionen bilden den weiteren Inhalt des kurz und klar geschriebenen Büchleins. Jedem, der sich mit der Konservierung von Leichenteilen beschäftigt, kann es als zuverlässiger Ratgeber empfohlen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Summarische Übersicht der im Jahre 1890 an der Dermo-Syphilopathischen Klinik in Pisa zur Beobachtung gelangten Fälle, von Dr. del Chiappa. (*Riforma med.* Nov. 1891.) Es wurden 2242 Fälle behandelt, wovon 190 syphilitische, 597 andere venerische Affektionen und 1455 Hautkrankheiten. Von der ersten Kategorie sind erwähnenswert 3 Fälle von extragenitalem Schanker (1 Fall an der Oberlippe, einer an der Unterlippe, ein Fall multiplen extragenitalen Schankers an Stirn, unterem Augenlid und Kinn).

Schankerexstirpationen wurden 2 vorgenommen; in dem einen Fall traten nach 2 Monaten Sekundärsymptome auf; von dem zweiten wird über den Erfolg nichts mitgeteilt.

Ein Fall verlief tötlich.

Bei einem Falle traten tertiäre Läsionen erst 13 Jahre nach abgeheiltem sekundärem Stadium auf.

Als Therapie erhalten die Patienten Injektionen von 1% Lösungen des Quecksilberbijodids; 3mal kam es zum Abscefs.

Von den weniger häufigen Hautkrankheiten sollen angeführt werden:

5 Fälle von Pityriasis rosea Gibert,

1 Fall von Atrophia cutis,

1 Fall von Keratosis follicularis,

12 Fälle von Molluscum contagiosum,

1 Fall von Mycosis fungoides,

2 Fälle von Lepra, aus Brasilien und Paraguay importiert,

52 Fälle von Favus (wovon 48 Kinder).

Bei Alopecia areata (31 Fälle) konnte als Ursachemoment niemals Kontagiosität nachgewiesen werden, dagegen nimmt Verfasser für viele darunter einen nervösen Ursprung an.

Als Bedingungen, welche die Entstehung der Ekzeme (417 Fälle) begünstigen, glaubt del Chiappa anführen zu können:

Alkoholismus der Eltern, Menstruationsanomalien, nervöse Störungen.

Das seborrhoische Ekzem hält Verfasser nicht für parasitärer Natur.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Protoplasmafaserung der Epithelzellen, von Dr. E. Kromayer. (*Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. XXXIX). Im Anschluſs an seine früheren Arbeiten gelang es dem Verfasser, vermittelst feinster Schnitte und in zweckmäſsiger Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbemethode einige neue Details über die histologische Struktur der Oberhaut beizubringen.

Die in Alcohol absolutus gehärteten, in Paraffin eingebetteten Hautstücke wurden auf $^1/_3$—$^1/_4$ Teilstrich des Schanzschen Mikrotoms, also 5—2,5 micro, geschnitten, nach Xylolbehandlung in Alcohol absolutus gebracht, dem vorsichtig reichlich Wasser zugesetzt wurde; dann wurden die gewässerten Schnitte auf dem Objektträger mit Methylviolettanilinwasser (Methylviolett 6 B) gefärbt, abgespült, wenige Sekunden (bei dünnsten Schnitten nur 1 Sekunde) Jodjodkaliumlösung aufgeträufelt, nach erneuter Abspülung durch Wasser mit Fliefspapier getrocknet und mit Anilinxylol (1 : 2, bei ganz dünnen Schnitten noch mehr Xylol) der überschüssige Farbstoff ausgezogen. Event. Vorfärbung mit Alaunkarmin.

Verfasser erhielt damit ein feinstes Fasernetz, das Zellprotoplasma durchziehend und die einzelnen Zellen miteinander verbindend. Von der untersten Cylinderzellenschicht, wo sie, korkzieherartig gewunden, senkrecht zur Hautoberfläche stehen und die Cylinderschicht mit der Cutis fest verbinden, werden sie gegen die basale Hornschicht zu in ihrer Richtung allmählich horizontaler und zerfallen zuletzt in unregelmäſsige Körner. Verfasser hält diese Protoplasmafasern und Körnung mit den Herxheimerschen Spiralen und Waldeyers Keratohyalin identisch.

Mannigfache Variationen erleidet das Bild in pathologischen Fällen (Epitheliom, Kondylom). — Die Fasern verleihen dem Protoplasma eine gröfsere Widerstandsfähigkeit nach auſsen. Daher tritt z. B. Blasenbildung zuerst meist dicht unter den keratohyalinhaltigen Zellen auf, wo der Zerfall der Protoplasmafaserung beginnt und die Widerstandskraft am geringsten ist. *Ernst Heufs-Chur.*

Experimente über Resorption ohne Osmose, von E. W. Reid. (*Brit. med. Journ.* 13. Febr. 1892.) Um festzustellen, ob Flüssigkeiten durch die Haut von auſsen nach innen spontan hindurchtreten können, führte R. folgenden interessanten Versuch aus: An einem Stativ sind zwei Glasröhren von 30 ccm Inhalt in horizontaler Stellung, die offenen Enden einander zugekehrt, befestigt; dieselben tragen je ein Steigrohr, das in Millimeter eingeteilt ist; die offenen Enden sind mit Goldschlägerhaut, die vor Beginn des Experimentes 24 Stunden in normaler NaCl-Lösung gelegen hat, verschlossen; gefüllt werden die Röhren mit der nämlichen Lösung durch eine seitliche Öffnung, die nachher durch ein eingefügtes Thermometer geschlossen wird. Nachdem der Apparat bereit gestellt ist und die Höhe der Flüssigkeit in den Steigrohren auf ein gleiches Niveau gebracht ist, wird von einem alsdann getöteten Frosche ein Stück Haut von genau entsprechender Gröfse zwischen die beiden Scheiben Goldschlägerhaut gebracht, und die beiden Cylinder werden vermittelst geeigneter Klammer fest miteinander verbunden. — Es fand sich bei wiederholten Versuchen, daſs im Laufe von einigen Stunden ein ziemlich erheblicher Durchtritt von Flüssigkeit durch die Haut von auſsen nach innen stattfand, wobei die Zunahme auf der Seite, welcher die Innenfläche der Haut zugekehrt war, der Abnahme auf der Seite, nach welcher die Auſsenseite gerichtet war, genau entsprach. Das Experiment gelingt nicht bei Anwendung von toter Froschhaut; auch nicht bei Hinzusetzen von Muscarin und

anderen Giften zu der Normallösung oder bei Einschaltung eines elektrischen Stromes. Es beweist demnach dieser Versuch unzweifelhaft, dafs die lebende Froschhaut ein aktives Resorptionsvermögen für gewisse Flüssigkeiten besitzt. *Philippi-Nieheim.*

Untersuchungen über die Hautabsorption von Medikamenten, welche in fettigen Vehikeln suspendiert sind, von Guinard. (*Lyon méd.* No. 36 u. ff. 1891.) Von der intakten Haut aus findet eine Resorption der in fettiger Grundlage einverleibten Medikamente überhaupt nicht statt, es sei denn, dafs die Medikamente flüchtiger Natur sind, obgleich auch hier ein Hineingelangen der Medikamente in den Körper per respirationem nicht ausgeschlossen ist. Eine geringe und langsame Absorption kann vielleicht erfolgen durch die Haarbälge und deren Anhängsel. Die Fette verhalten sich ungefähr gleich, nur dafs das Lanolin, dessen leichtere Resorbierbarkeit so oft gerühmt wird, der Vaseline nachsteht. Wo es sich also um schnellere Resorption handeln soll (z. B. bei parasitären Affektionen), wird man nicht zum Lanolin, sondern zur Vaseline greifen müssen. Bei beabsichtigter Oberflächenwirkung ist Adeps suillus vorzuziehen, weil in ihm sich die Medikamente am längsten erhalten. *P. Taenzer-Bremen.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die antiseptische Wirkung des Euphorine. (*Giorn. della R. accad. di Med.* No. 6. 1891.) Aus der chirurgischen Klinik in Turin teilt Oliva 19 Fälle mit, bei denen er das Euphorine anwendete. Die Resultate können hiernach als ganz gute bezeichnet werden; das Mittel wirkte gut antiseptisch und austrocknend, ist dabei geruchlos und wird vorzüglich vertragen. Parallelversuche mit Euphorine und Jodoform fielen zu Gunsten des ersteren aus.

Ähnlich lauten Berichte aus der dermosyphilitischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Turin, sowie aus dem Pester Israelitischen Spitale, welche von der Euphorinefabrik von Heyden Nachfolger in Radebeul bei Dresden zusammengestellt und in einer Broschüre publiziert werden. (Euphorine = Phenylurethan. Ref.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Gallacetophenon, ein neues dermato-therapeutisches Medikament. von H. Goldenberg. (*New York med. Journ.* 6. Febr. 1892.) Verfasser hat mit dem von L. von Rekowski empfohlenen Mittel bei einigen 30 Kranken Versuche angestellt und dasselbe aufserordentlich nützlich gefunden. Es bewährte sich (als 10% Salbe), namentlich bei Psoriasis und auch bei Eczema psoriatiforme und seborrhoicum. Von ersterer Affektion wurden 12 Fälle behandelt und mittelst täglich zweimaliger Applikation der Salbe binnen 2—3 Wochen geheilt. *Philippi-Nieheim.*

Über die Behandlung mit Dermatol, von Dr. Eugen Doernberger in Graz. (*Therap. Monatsh.* No. 2, 1892.) Die mit Dermatolvaselinverband behandelten nässenden und borkenbildenden Ekzeme, 15 an der Zahl, waren fast alle schon am nächsten oder mindestens am übernächsten Tage auffallend trocken. Nicht nur kleine Ekzeme, wie etwa die bei Kindern so häufigen an Ohren und Nase, sondern auch ausgebreitetere dieser Art schritten rasch zur Heilung. Ohne Einfluss blieb das Mittel auf die Entwickelung und die Ausbreitung des papulösen Ekzems. Furunkel, nach der Inzision mit Dermatolpulver bestreut, heilten schnell. 1 Pemphigus bei einem 3monatlichen Kinde und 1 Herpes zoster bei einem Mädchen gelangten in Kürze zur Abheilung. Zu empfehlen ist das Medikament als Salbe, dick auf Lint gestrichen, bei Verbrennungen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Das Thiophen und seine therapeutische Anwendung, von Dr. E. Spiegler. (*Therap. Monatsh.* No. 2, 1892.) Das Thiophen ist als schwefelhaltiger Kohlenwasserstoff der aromatischen Reihe zu betrachten. In physiologischer Beziehung verhält es sich höchst verschieden von dem ihm so nahestehenden Benzol: 1. Es vermehrt die gepaarten Schwefelsäuren höchst unbedeutend oder gar nicht. 2. Es bewirkt wahrscheinlich eine Verminderung des Eiweifszerfalles. Die Thiophenverbindungen, die angewandt wurden, sind das thiophensulfosaure Natron ($C_4H_3S - NaSO_3$) und das Thiophendijodid ($C_4H_2J_2S$). Das **thiophensulfosaure Natron** ist ein weifses, aus Lösungen in Blättchen krystallisierendes Pulver. Es enthält 33% Schwefel — die Hälfte davon an Kohlenstoff gebunden. Es hat einen schwachen unangenehmen Geruch, der jedoch in 5—10% Salben nicht zu merken ist. Diese Salbe mit Lanolin und Vaselin ad partes aequales wurde bei Prurigo angewandt, sowohl bei P. mitis als auch in sehr schweren Fällen von Prurigo agria, und zwar wurde des Vergleichs wegen die eine Hälfte des Körpers mit 5% β Naphthol, die andere mit Thiophensalbe behandelt. In circa 30 Fällen trat in kurzer Zeit, gewöhnlich schon nach Ablauf einer Woche, stets der gewünschte Erfolg ein. Die Haut wurde glatt, die Verdickung ging zurück, das Jucken verschwand — bei Anwendung von 10% Salben etwas rascher als bei 5%; es können die stärkeren Salben ohne Bedenken angewendet werden, da das Präparat durchaus ungiftig ist und die Haut in keiner Weise irritiert. Ähnlich wirkt das thiophensulfosaure Blei, nur erzeugt letzteres ein leichtes Brennen und wirkt langsamer.

Das **Thiophendijodid** wurde als Ersatz für das Jodoform in Verwendung gezogen. Es krystallisiert in schönen Tafeln, ist in Wasser unlöslich, in den gewöhnlichen Lösungsmitteln sehr leicht löslich. Es schmilzt bei 40,5° C., an der Luft ist es flüchtig. Da es ein Körper ist, der Jod und Schwefel enthält, so müfste man mit Rücksicht auf seine chemische Struktur von vornherein günstige dermotherapeutische und antiseptische Wirkungen erwarten. Dieselben haben sich sowohl im Laboratium als am Krankenbett bestätigt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über chirurgische Anwendung des Thiophendijodid, von Dr. August Hock. (*Therap. Monatsh.* No. 2, 1892.) Verf. hat das Mittel in chirurgischen Fällen mit günstigem Erfolg angewandt, und zwar so, dafs er entweder das Präparat direkt auf die Wunde aufpulverte und darüber mit gewöhnlicher weifser Gaze verband oder in Form einer 10% Gaze. Dieselbe stellte er aus einer Lösung von folgender Zusammensetzung dar:

Thiophen. bijodati	50,0
Alcohol. rectific.	
Äth. sulf.	ää 500,0
Glycerin.	10,0

Dieser Lösung wurden noch einige (2—3) Gramm gesättigter alkoholischer Saffraninlösung zugefügt. Intoxikationen kamen nicht vor, ebensowenig Ekzeme; doch tritt die Granulationsbildung langsamer ein als unter Jodoform.

L. Hoffmann-Berlin.

Traumatische Entzündungen.

Ichthyol bei wunden Brustwarzen wird von A. Öhren sehr warm empfohlen und zwar

Ichthyoli	4,0
Lanolini	
Glycerini	ää 5,0
Ol. olivar.	1,0.

Nach einmaliger Anwendung lassen die Schmerzen nach, und die Schrunden heilen rasch, ohne dafs die Frau das Stillen zu unterbrechen braucht. (*Therap. Monatsh.* No. 2. 1892.) *P. Taenzer-Bremen.*

Europhen bei Verbrennungen, von Siebel. (*Berl. klin. Woch.* 8. 1892.) Als Ersatz des Jodoforms empfiehlt S. es als Salbe in folgender Form:

Europheni	3,0
Ol. oliv.	7,0
Vaselini	60,0
Lanolini	30,0

Mf. ungt.

Diese Salbe auf die Brandwunde gebracht, wirkt sofort schmerzstillend, ist geruchlos, vermindert die Sekretion, ist ungiftig und erzielt schöne Narben, und die Heilungsdauer ist eine viel kürzere, als beim Jodoform. *P. Taenzer-Bremen.*

Ein Beitrag zum Kapitel der Jodoformdermatitis, von Dr. Ludwig Hahn. (*Therap. Monatsh.* No. 2. 1892.) In zwei Fällen von Fufsgeschwüren konnte Verfasser den nach der Jodoformpuderung entstandenen Blasenausschlag allein auf das Medikament zurückführen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fall von hämorrhagischem Exanthem nach Jodsalzen, von Dr. Höning. *New Yorker med. Monatsschr.* No. 2. 1892.) Ein 64jähriger Mann zeigte an der Lippe eine halb wallnufsgrofse Geschwulst, die als Epitheliom diagnostiziert wurde. Da eine Operation abgelehnt worden war, wurde dem Kranken Jodkalium und Jodnatrium verordnet. Als Patient binnen 20 Tagen 40,0 Jodsalze geschluckt hatte, stellte sich unter leichtem Fieber ein papulös-hämorrhagisches Exanthem der Haut und der Gaumenschleimhaut ein, das mit starkem Jucken und Brennen sich einstellte und Kopfschmerz, Heiserkeit und Bronchitis im Gefolge hatte. Der Puls setzte jeden 4. bis 5. Schlag aus, gleichzeitig trat starkes Ohrensausen und plastische Iritis auf.

Jetzt erst verstand sich der Kranke zur Operation. Die Untersuchung des Tumors bestätigte die Diagnose Epitheliom. Heilung per primam, bis jetzt kein Rezidiv.

Das Exanthem verbreitete sich über den ganzen Körper, sogar über die Kopfhaut, Handteller, Fufssohlen, zwischen die Finger. Zuerst entstanden Quaddeln, welche dann dunkelrot wurden. Erst nach 8 Wochen waren die Papeln abgeflacht unter leichter Abschuppung, manche hinterliefsen leichte Pigmentation.

P. Taenzer-Bremen.

Im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. P. sprach Caspary über **Arzneiausschläge** unter Zugrundelegung verschiedener selbst beobachteter Fälle.

1. Antipyrinausschlag. Jedesmal nach einer Kneiperei nahm Patient als Katermittel 1,0—2,0 Antipyrin. 24 Stunden später ein dem Pemphigus vulgaris ähnlicher Ausschlag mit Fieber, dessen Verlauf jedoch sehr günstig war, der aber zahlreiche Pigmentationen hinterliefs.

2. Akutes cirkumskriptes Ödem jedesmal nach vorheriger Kneiperei. Sitz des Ödems waren die verschiedensten Körperstellen.

3. 3 ganz gleichartige Antipyrinexantheme. Sitz des Exanthems waren hier Lippen, resp. Mundhöhle, Genitalien, Analgegend, indem hier wenige Stunden bis zwei Tage nach dem Antipyringenufs zahlreiche, bald wieder abheilende Bullae auftraten.

4. Jodkaliumexanthem. Impetiginöses Ekzem im Gesicht und an den Vorderarmen nach kleinen Dosen KJ, das sehr hartnäckig war.

5. Chininexanthem. Blasenausschlag sechs Stunden nach Einnahme von 0,3 Chinin. Gleichzeitige Enteritis. *P. Taenzer-Bremen.*

Akute Exantheme.

Nervöse Störungen nach Scharlach. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* Dez. 1891.) Dr. Thomas beobachtete bei einem 5jährigen Patienten schwere nervöse Störungen (Neuritis optica duplex; Paresen der Extremitäten und der Nackenmuskulatur; erhöhte Reflexe; centrale Erscheinungen mit Fieber, Verlust der Sprache, Lähmung der Sphinkteren), welche einen Monat nach einem durchgemachten Scharlach auftraten und mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit auf diese Krankheit zurückgeführt werden können. Langsame Besserung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Scarlatina sine exanthemate, von W. R. Lee. (*Med. News.* 13. Febr. 1892.) Mitteilung über eine kleine Epidemie (18 eigene, 4 fremde Fälle) einer scharlachartigen Krankheit ohne Entwickelung eines Exanthems; nur bei zwei Fällen zeigte sich eine Andeutung eines solchen. Trotzdem hält Verf. seine Diagnose gegenüber der Meinung seiner Kollegen für gerechtfertigt, einesteils wegen des epidemischen Auftretens der Krankheit in dem kleinen, nur 500 Einwohner zählenden Orte, anderenteils wegen der dabei beobachteten Zeichen einer kontagiösen Übertragung, sowie wegen der bei den Kranken hervortretenden auffällig gleichmäfsigen und den des unzweifelhaften Scharlachs ähnlichen Symptome und Komplikationen.

Philippi-Nieheim.

Ichthyol bei Variola. (*British and Colonial Druggist. — New York med. Journ.* 20. Febr. 1892.) „Man hat in letzter Zeit vielfach mit sehr erfreulichem Resultat bei Variola während des pustulösen Stadiums des Ausschlags eine 5 bis 10% Ichthyollösung lokal appliziert. Wenn die Lösung zwei bis vier Mal täglich auf die Pusteln aufgepinselt wurde, so ging das Austrocknen schneller von statten, eine allzu intensive Eiterbildung wurde verhindert und die Dellenbildung vermieden."

Philippi-Nieheim.

Ein neues Vaccinationsverfahren wird von R. Fischhoff (*Pester med.-chir. Presse.* 47. 1891) angegeben, welches darin besteht, dafs die Lymphe aus der Phiole nicht ausgeblasen, sondern mittelst eines geknöpften Platinstäbchens herausgeschoben wird. Der Stab wird zuvor durch Glühen oder Einlegen in Desinfizientien antiseptisch gemacht. Bei dieser Methode ist es gegeben, nur einen gewissen Teil der Lymphe aus der Phiole herausdrücken zu können, während man den Rest weiter aufbewahren kann. *P. Taenzer-Bremen.*

Varicellenrezidiv, von Neale. (*The Lancet.* 21. Nov. 1891.) Ein 5jähriger Knabe wurde von den Varicellen befallen; Symptome und Verlauf boten nichts Besonderes. Nach 10 Tagen erneuter, viel stürmischerer Anfall, der ebenfalls normal verlief. Allgemeinstörung nur sehr gering. Der Fall ist ein sehr seltener, da aufser Trousseau niemand Rezidive gesehen, resp. veröffentlicht hat.

P. Taenzer-Bremen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra in Neu-Braunschweig.

Dr. J. C. Taché. Die gewöhnlichen Beschäftigungen hier zu Lande sind Ackerbau (bei weitem die wichtigste), Fischerei und Holzhandel. Alle Leprakranken stammen aus Familien, die mit diesen Berufszweigen sich befafsten, mit Ausnahme von einem Handelsmann, einer Müllerstochter und einigen Handwerkern.

Wie schon erwähnt wurde, sind die Indianer die einzige Rasse von den in diesen Gegenden lebenden Einwohnern, welche bisher von Lepra frei geblieben sind. Es ist hierzu folgendes zu bemerken: Die Orte, wo die Indianer leben, haben genau den gleichen Charakter wie die von ihren Nachbarn, unter denen das Leiden seine Verwüstungen angerichtet hat, bewohnten Plätze. Diese Ureinwohner beschäftigen sich mit Ackerbau (obzwar in sehr geringem Mafse), Fischerei, Jagd, Holzhandel und ähnlichen Erwerbszweigen; diese Leute sind mit den zum Leben notwendigen Mitteln leidlich versorgt, sie sind ordentlich, intelligent und im allgemeinen gesund, obgleich sie selten ein hohes Alter erreichen; sie leiden viel mehr als die anderen Stämme an Skropheln und Tuberkulose und haben in der Regel keine grofse Widerstandskraft gegen eintretende Krankheit; ihre Zahl nimmt nicht zu; ihre Wohnungen sind mit wenigen Ausnahmen sehr mangelhaft und (abgesehen von diesen wenigen Ausnahmen) schlechter als die allerschlechtesten Häuser der weifsen Bevölkerung. Mit einem Worte, sie leben unter Umständen, welche höchstens ebensogut und meistenteils schlechter sind als diejenigen der weifsen Einwohner. Der einzige Grund, den ich für diese vollständige Immunität anzugeben wüfste, ist der, dafs sie zwar auf gutem Fufse mit den anderen Rassen stehen, aber gesellschaftlich niemals in engere Berührung mit ihnen kommen. In der Regel hat jede Rasse nur unter sich Verkehr, und die engsten sozialen Beziehungen bei den Franzosen finden nur unter ihnen selbst statt.

Alles, was die psychischen und physischen Kräfte schwächt, kann die Entwickelung und das letale Ende dieser Krankheit beschleunigen; meiner unmafsgeblichen Meinung nach ist es aber ganz unzulässig, den Gebrauch oder Nicht-Gebrauch bestimmter Kleidungsgegenstände, sowie den Genufs oder Nicht-Genufs bestimmter Nahrungsmittel für die Ausbreitung und Entstehung der Lepra verantwortlich zu machen. Ebensowenig kann man dieselbe mit dem Einflufs des Klimas, der Wohnung oder der Lebensgewohnheiten in Beziehung bringen, wie man dieses bei Masern, Pocken oder Syphilis thun kann.

Hereditär scheint mir die Affektion auch nicht zu sein, wenigstens nicht in toto; indessen zweifele ich nicht daran, dafs eine gröfsere oder geringere Empfänglichkeit für die Aneignung des Leidens erblich übertragen wird. Es ist möglich, dafs bestimmten Familien von den Eltern oder den Vorfahren her gewisse, angeborene, organische Eigentümlichkeiten innewohnen, infolge deren die Mitglieder zum Teil oder sämtlich, zwar nicht notwendigerweise, aber bei Gelegenheit, leichter der Krankheit anheimfallen, wenn die veranlassende Ursache mit wirksamer Kraft auf sie einwirkt.

Der typische Charakter der Lepra, deren Geschichte im allgemeinen und alles, was ich in Neu-Braunschweig darüber erfahren habe, lassen mich es für durchaus unzweifelhaft erachten, dafs diese Krankheit kontagiös ist. Ich glaube bestimmt, dafs dieselbe von den Kranken auf Gesunde übertragen wird. Nach dem, was ich beobachtet habe, glaube ich nicht, dafs das Kontagium durch die blofse Nähe, mag dieselbe noch so nahe sein, noch auch durch die blofse Berührung übertragen werden

kann. Meiner Meinung nach muſs ein hinreichender Kontakt irgend welcher Art, sei derselbe direkt oder indirekt, bei einem für das Leiden empfänglichen und zugleich dazu vorbereiteten Individuum stattfinden, um eine Übertragung herbeizuführen. Ich halte das Kontagium für die Ursache der Fortpflanzung des Leidens; indem ich aber dieses ausspreche, lasse ich gar nicht auſser Augen, daſs gelegentlich eine spontane Neuproduktion der Lepra stattfindet; Importierung bedeutet natürlich die Ausbreitung des Kontagiums nach einem Lande hinein, wobei die Affektion sich nicht mehr auf die erkrankten Einwanderer und deren Nachkommen beschränkt.

Folgender Fall scheint ein klarer Beweis der Übertragung der Affektion durch Kontagium zu sein: Die Leiche einer in kachektischem Zustand an Lepra verstorbenen Frau wurde im Sarge von vier kräftigen jungen Leuten (dem damals herrschenden, seit diesem Vorgang aber aufgegebenen Brauche gemäſs) nach dem Kirchhof getragen Der Tag war heiſs, und plötzlich fing durch eine Undichtigkeit des Sarges eine Flüssigkeit auszusickern an und netzte die Schulter eines der Träger. Feuchtigkeit, Hitze und der Druck der scharfen Kante des Sarges verursachten eine Hautabschürfung an dieser Stelle; die Berührung der eitrigen Flüssigkeit mit der erodierten Stelle dauerte von der Zeit des Entstehens auf dem Hinweg zum Kirchhof an den ganzen Totengottesdienst hindurch, und der junge Mann nahm erst bei seiner Rückkehr nach Hause Gelegenheit, die Kleider zu wechseln und seine Schulter zu waschen. Einige Monate später fing der Betreffende, der sonst stets sehr gesund und kräftig gewesen war, an, sich unwohl zu fühlen; nach kurzer Zeit entwickelten sich die Symptome der Lepra, und er starb daran 11 Jahre nach jenem Kirchgang. In seiner Familie, deren Stammbaum sich mehrere Generationen zurück verfolgen lieſs, war niemals ein Leprafall vorgekommen, man wuſste damals sogar noch nicht, daſs es sich hier um Lepra handelte, da das Leiden in dieser Gegend und bei diesen Leuten erst neuerdings aufgetreten war; dies war erst der vierte Fall im Orte; die drei anderen waren die genannte Frau, deren Mann und Schwester; bei ihren Vorfahren war ebenfalls keine Spur des Leidens zu finden gewesen. Der fünfte Fall betraf die Schwester jenes jungen Mannes. Der Mann der verstorbenen Frau, sowie ihre Schwester hatten den Aussatz einige Jahre, bevor sie starb; die Schwester des jungen Mannes entwickelte die Krankheit einige Jahre nach dem Beginn des Leidens bei ihrem Bruder.

Genannte Frau hatte Geschwüre mit reichlichem Sekret, als sie starb. Dieses wäre also ein Fall von dem wohlbekannten Überleben und der postmortalen Persistenz der Malignität des giftigen Stoffes.

Bisher haben der Gatte einer leprösen Frau und die Gattin eines leprösen Mannes in Neu-Braunschweig die Krankheit bekommen. Die Geschlechtsorgane haben bei beiden Geschlechtern die Neigung, lepröse Veränderungen zu erleiden; es läſst sich also der logische Schluſs ziehen, daſs, wenn das Leiden durch Kontakt oder Einimpfung übertragen werden kann, es möglich sein wird, daſs eine derartige Berührung wie beim Koitus der Übertragbarkeit der Affektion Wirksamkeit verleihen kann, vorausgesetzt, daſs die Lokalaffektion der erkrankten Person derartig ist, daſs die Übertragung stattfinden kann, und daſs die gesunde Person für die Krankheit die nötige Empfänglichkeit besitzt.

Erwähnenswert ist ferner, daſs in Neu-Braunschweig nie eine Verheiratung einer leprösen Person, Mann oder Frau, stattgefunden hat; aber Eheleute haben nach dem Auftreten lepröser Erscheinungen beim einen der beiden Teile fortgefahren, den geschlechtlichen Verkehr auszuüben. Es fehlt an den nötigen Details in dieser Beziehung, aber über zwei Fälle glaube ich genügend unterrichtet zu sein; bei diesen waren keine erkennbaren lokalen Veränderungen zu finden. Eine Übertragung fand

in diesen zwei Fällen nicht statt, und die aus diesen Ehen geborenen Kinder sind nicht aussätzig.

Unter den bemerkenswerten Fällen im Lazarett ist unter anderen eine Frau, welche die Krankheit mindestens 46 Jahre gehabt hat. Dieselbe war im Jahre 1813 geboren und hatte sich im Jahre 1832 verheiratet. Sie war gesund und stark und hatte zwei Kinder geboren, als die Krankheit die ersten Symptome (ca. im Jahre 1838) entwickelte. Trotzdem fuhr sie fort, mit ihrem Manne geschlechtlichen Verkehr zu pflegen; sie versah ihren Hausstand, hatte ein recht gutes Allgemeinbefinden und brachte nach Anfang der Krankheit noch drei Kinder zur Welt; das letzte derselben, das fünfte in dieser Familie, wurde noch an der Brust genährt, als beide gezwungen wurden, ins Lazarett bei dessen Eröffnung im Jahre 1844 einzutreten. Während ihres dortigen Aufenthalts war ihr Befinden im allgemeinen gut, aber das Leiden schritt an einzelnen Stellen weiter fort und führte zunächst eine fürchterliche Verstümmelung der Hände und Füfse herbei. Darauf trat eine Periode des anscheinenden Stillstandes ein, während dessen sie einer medizinischen Behandlung unterworfen wurde; im Jahre 1849 wurde sie als geheilt entlassen. Nach ihrer Rückkehr zu ihrem Manne bekam sie 1850 ein Kind und 1854 noch eins, das siebente. Sie lebte zu Hause mit ihrem Manne, der 1874 starb, und einem Sohne bis 1880. Dann trat sie zum zweiten Mal ins Hospital ein. Während der 31 Jahre, die zwischen ihrem Austritt und ihrem Wiedereintritt ins Lazarett verstrichen, war sie für alle Nachbarn und Verwandte ein Rätsel; einige erklärten, sie sei geheilt, andere sagten, sie sei es nicht; zuweilen schien sie gesund zu sein, zuweilen sah sie nicht so gut aus. Ich habe sie bei mehreren, weit aus einander liegenden Gelegenheiten in ihrer Wohnung besucht und gebe hier meine Beobachtungen und ihre Mitteilungen wieder: Es ist ein sehr langsamer aber dennoch nachweisbarer Fortschritt des Prozesses an den Nebenteilen der Augen zu konstatieren; ferner hat sie Schmerzen in den Knochen, was sie auf Rheumatismus zurückführt. Trotz ihrer Abneigung, irgend welche Angaben über sich selbst zu machen, gelang es mir, einige Auskunft über das Vorhandensein von Anästhesie an den Händen und Füfsen, sowie an einigen anderen Stellen des Körpers zu konstatieren. Dieselben wechselten ihre Lokalisation gelegentlich und müssen gelegentlich andere äufsere Symptome im Gefolge gehabt haben; jedoch wollte sie nichts derartiges zugeben. Ich war überzeugt, dafs die Krankheit noch in ihr steckte, und sagte den Schwestern im Hospital, dafs sie bestimmt dorthin zurückkehren würde, wenn sie nicht inzwischen an einer intercurrenten Krankheit zu Grunde ginge. Und in der That ist sie jetzt dort, allerdings mit charakteristischer Anästhesie, Knochenschmerzen und gelegentlicher Entwickelung kleiner, lepröser Geschwüre, sonst aber im Verhältnis zu ihren 72 Jahren kräftig genug.

Der Gatte war bis zu seinem Lebensende von allen Zeichen der Krankheit vollständig frei geblieben. Von allen ihren Kindern, Enkeln und Urenkeln ist nur ein einziges von dem Leiden ergriffen worden, ihr letztes Kind, ein Mädchen, das vor wenigen Tagen im Hospital gestorben ist. Dieses Mädchen wurde im Jahre 1863 in ihrem 9. Lebensjahr von der Krankheit ergriffen und hat dieselbe 22 Jahre gehabt. Die Eltern der alten Frau sowie auch ihre Vorfahren waren alle frei von der Affektion; aber eine Schwägerin, mit der sie auf intimem Fufse stand, starb daran, und auch zwei von ihren jüngeren Brüdern wurden davon ergriffen.

Dieser Fall beweist, dafs die Lepra auch eine Person, die völlig frei ist von jeder hereditären Belastung, befallen kann; derselbe beweist ferner, dafs die Fruchtbarkeit bei Frauen fortbestehen kann, selbst wenn die Krankheit lange Zeit bestanden hat; er beweist, dafs der geschlechtliche Verkehr nicht notwendig die Krankheit übermittelt, obgleich dies in gewissen Fällen sich ereignen kann; er beweist, dafs auch

gesunde Kinder trotz des Vorhandenseins der Krankheit bei den Eltern geboren werden können, obgleich sie auch die Krankheit bekommen können. Was die Frage von der Heredität und der kontagiösen Übertragung betrifft, so bietet dieser merkwürdige Fall ein interessantes Arbeitsmaterial dar, das ich in meiner nächsten Arbeit über Lepra zu verwerten gedenke.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

b. *Tuberkulose.*

Ein Fall von primärem Lupus des Pharynx, von J. WRIGHT. (*Med. News.* 9. Jan. 1892.) Ein 17jähriger Arbeiter hatte seit etwa sechs Monaten eine Trockenheit im Rachen, Verstopfung der Nase und etwas Hustenreiz gehabt. Daneben war auch über Drüsenschwellungen am Halse geklagt. Allgemeinbefinden sonst ganz normal; kein Lupus der Haut. Lungen normal. Rachenschleimhaut hyperämisch, etwas verdickt und mit zahlreichen winzigen, glänzenden Erhebungen besetzt. Uvula zeigt ähnliche Veränderungen, wie die übrige Rachenschleimhaut, ist enorm hypertrophiert und zeigte an der Spitze fungöse Veränderungen. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Amputation der Uvula mit der kalten Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab, abgesehen von Bacillen, alle Zeichen lupöser Entartung. Behandlung mit reiner Milchsäure ziemlich erfolgreich. Später vorgenommene Injektionen von Tuberkulin bewirkte nur eine Verschlimmerung der Affektion, der sich Patient durch die Flucht aus dem Hospital entzog. — Verfasser erklärt den Einfluſs des Tuberkelbacillus als ätiologisches Moment bei der Entstehung von Lupus für nicht hinreichend erwiesen. Mindestens wird man immer zwischen Tuberkulose und Lupus einen wohlmarkierten Unterschied anerkennen müssen. *Philippi-Nieheim.*

Die Behandlung der Larynxtuberkulose mit Milchsäure, von C. R. WEED. (*New York med. Journ.* 9. Jan. 1892.) Nach dem Vorgang von KRAUSE hat Verfasser eine Reihe von Kranken mit Larynxtuberkulose mittelst Milchsäure behandelt. Die Erfolge ermutigen entschieden zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel. Drei Fälle teilt Verfasser ziemlich ausführlich mit. Das Medikament wird (nach vorheriger Reinigung und gehöriger Einpinselung der betreffenden Teile mit 6% Kokainlösung) in der Stärke von 30—60% einen um den anderen Tag appliziert.

Philippi-Nieheim.

Zur Behandlung des Lupus der Haut, von W. KRAMER. (*Centralbl. f. Chir.* 8. 1892.) Da alle bisher angegebenen chirurgischen Methoden ein Rezidivieren des Lupus nicht verhindern können, und die KOCHsche Lupusbehandlung die daran geknüpften Erwartungen zur Zeit nicht erfüllt, empfiehlt KR. die vollkommene Excision mit darauffolgender Naht oder Transplantation. Auch gröſsere lupöse Stellen soll man so behandeln. Der kosmetische Erfolg ist zwar kein ganz besonderer, doch ist eine vollständig gesunde Narbe immer noch besser, als eine fortwährend kranke, event. mit Borken und Eiter besetzte Haut. In den seit zwei Jahren operierten 10 Fällen des Verf. sind Rezidive nicht aufgetreten, weshalb derselbe das Verfahren auf das wärmste empfehlen kann. *P. Taenzer-Bremen.*

Leberthran innerlich und äuſserlich **gegen Lupus** empfiehlt ZILGIEN, indem derselbe eine sehr rasche Vernarbung damit erreicht hat. Die Applikation ist folgende: Jodoformgaze wird mit Leberthran getränkt und auf die Lupusstellen gelegt; den zweiten Tag wird Jodoformpulver auf die Wunden gestreut, am nächsten Tage wieder Jodoformleberthran, und so abwechselnd. (Sollte das Jodoform nicht der wirksamere Bestandteil sein?) *P. Taenzer-Bremen.*

c. *Syphilis.*

Über die Exstirpation syphilitischer Mastdarmstrikturen, von E. Quénu. (*Bullet. et mém. de la société de chir. de Paris.* Vol. XVII.) Der Verf. hat einen hierhergehörigen Fall nach der Kraskeschen Methode (d. h. mit Erhaltung des Sphincter ani) operiert und hat einen sehr günstigen Erfolg damit erreicht, da ein Rezidiv nicht eingetreten und vollständige Kontinenz erreicht worden ist. Bei tiefen Strikturen braucht eine Resektion des Steifs- und Kreuzbeines nicht einzutreten, sondern nur bei hochgelegenen. *P. Taenzer-Bremen.*

Über Syphilis occulta, von Fleiner. (*Centralbl. f. klin. Med.* 3. 1892.) Unter dieser Rubrik versteht dor Verf. diejenigen Fälle von tertiärer Syphilis, in denen die Kranken weder von primären noch sekundären Erscheinungen etwas wissen, und ist daher die Syphilis occulta von der latenten Lues wohl zu unterscheiden.

Was nun die einzelnen Fälle betrifft, so teilt sie der Verf. in 3 Abteilungen, von denen die erste die Syphilis der Frauen von syphilitischen Männern betrifft. Sie dokumentierte sich durch sehr schwere Erscheinungen (da eine spezifische Behandlung noch nicht stattgefunden hatte). Die Kinder dieser Frauen waren merkwürdigerweise alle gesund. Die 2. Abteilung umfafst diejenigen Frauen, die mehrmals abortiert oder syphilitische Kinder erzeugt haben. Verf. schlägt eine gleichzeitige Behandlung der beiden Eltern vor.

In der 3. Abteilung bespricht der Verf. die Fälle von Syphilis hereditaria tarda, die der Syphilis occulta in jeder Hinsicht gleichzustellen ist. Zum Schlufs warnt Fl. vor einer zu voreiligen Diagnose dieser Krankheit. *P. Taenzer-Bremen.*

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (Sitzung vom 3. Februar 1892) stellte O. Rosenthal ein 12jähriges Mädchen mit **Impfsyphilis** vor, bei dem sich 14 Tage nach dem Abtrocknen der Vaccinationspusteln an derselben Stelle neue Pusteln zeigten, die später noch Halsschmerzen, ein allgemeines Exanthem und allgemeine Abmagerung zur Folge hatten. Das Kind entzog sich der spezifischen Behandlung, wurde aber später wieder zum Arzte gebracht und zeigte jetzt viel schwerere Symptome, nämlich Apathie, hochgradige Schmerzen, hochgradige Kachexie, schwere syphilitische Rupien der Haut, tiefe Ulzerationen im Gesicht und auf dem Kopfe, welche von dicken Borken bedeckt waren. Am linken oberen Augenlide zwei ebsengrofse Gummata, am rechten ein kleiner Knoten.

Die Behandlung war eine spezifische und hatte rasche Heilung zur Folge.

Verf. führt die Infektion auf die Vaccination zurück, da anamnestisch nichts Greifbares für einen anderen Infektionsmodus festgestellt werden konnte. Da aber mit animaler Lymphe geimpft worden war, kann die Infektion nur auf Unsauberkeit (vielleicht der Instrumente) zurückgeführt werden.

(Warum vom Reichsgesundheitsamt nicht die von Maréchal angegebene Vaccinostyle, welche nach dem Impfen eines jeden Patienten weggeworfen und durch eine neue ersetzt wird, eingeführt wird, ist nicht begreiflich, da dieselbe sich billiger als eine Stahlfeder stellt und sich sehr bewährt haben soll. Ref.) *Allg. med. Centralztg.* 18. 1892. *P. Taenzer-Bremen.*

Über den Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung des Merkurs im Harne, von Dr. P. Pawloff. Aus der Universitätsklinik für Haut-Krankheiten und Syphilis von Prof. Manssuroff und aus dem Pharmakologischen Laboratorium des Prof. Bogoslwosky. Schon viele Autoren (Güntz, Oberländer) wiesen auf den Zusammenhang der Ausscheidung des Merkurs mit der Intensität

der Stickstoffmetamorphose hin; andere zeigten die Beziehung einiger Mittel zur Ausscheidung des Merkurs. P. erwähnt den Einfluſs der Wärme, des Jodkaliums und zuletzt der gesalzenen Nahrung. Seine Experimente zerfallen in zwei Gruppen: a. Einfluſs des Chlornatriums auf die Ausscheidung des Merkurs während der Merkurialkur und b., nach derselben.

Das Kochsalz beeinfluſst, wie Voit und Binz gezeigt haben, eine verstärkte Ausscheidung des Harnes, und infolgedessen zerfällt das Eiweiſs intensiver; dazu ist eine bestimmte Quantität Wasser erforderlich; und mangelt dasselbe, so wird es den inneren Organen entzogen.

Schlieſslich findet auch Liebreich, daſs bei andauernder Merkurialbehandlung, dieselbe sogar bei starken Dosen erfolglos bleibt wegen der äuſserst schwachen Lösungsfähigkeit des Merkurs, und zur Erhöhung dieser Fähigkeit empfiehlt er den innerlichen Gebrauch des Kochsalzes. Derselben Meinung sind Neisser und Reschetnikoff. Viele praktischen Ärzte (Winternitz, Langlebert) empfehlen auch den Gebrauch von Mineralwasser bei Behandlung mit Merkur als ein Mittel, welches die Befreiung des Organismus von Merkurstockungen befördert.

Zur Analyse des Harnes sich wendend, giebt Verf. eine sehr ausführliche Übersicht aller vorhandenen Methoden der Analyse desselben vermittelst der Elektrolyse, nach: Kletzinsky, Ludwig, Fürbringer, ferner Witz, Fornin. Bei seinen Forschungen wandte er die Schneidersche Methode an, welche in Zerstörung organischer Teile des Harnstoffes, Elektrolyse und Destillatur des Jodquecksilbers bestand, (wobei letzteres einen mehr oder minder dichten Anflug an den Wänden der Glasröhre absetzte. Verf. zieht diese Methode allen anderen vor, da sie, obgleich mehr zeitraubend, dafür jedoch handgreiflichere Resultate liefert). Den Einfluſs der gesalzenen Nahrung beobachtete Autor zu allererst bei gleichzeitiger Merkurialkur. Solcher Experimente waren 8. In der ersten Periode, vom 1.—5. Tage, der Experimente wurde Salz als gewöhnlicher Bestandteil der Nahrung verabreicht; in der zweiten Periode, vom 5.—10. Tage, aber salzte der Patient seine Nahrung so viel nur möglich und bekam noch auſserdem Salz in Form einer Medizin (in Oblaten) von 5—8 g pro die; Trinkwasser erhielt Patient ad libitum. Harn wurde täglich gesammelt und in Quantität von einigen Tagen vermischt. Davon wurde zu Experimenten ein gewisser Teil, z. B. ein $^1/_{10}$ genommen. — Es erwies sich, daſs wenn der Patient erhöhte Dosen von Chlornatrium einnahm, die Reaktion des Hydrargyrum bijodatum eine mehr intensive war. Die Quantität der Chloriden verdoppelte sich beinahe. Während der Periode der stark gesalzenen Nahrung war die Ausscheidung des Harnstoffs eine erhöhte (definiert nach Prof. Borodin).

In der dritten Periode der Experimente, als dem Patienten keine gesalzene Nahrung verabreicht wurde, verminderte sich wieder die Quantität der Chloride und des Harnstoffes, die Reaktion des Merkurius bijodatus wurde ebenfalls eine schwächere. — Verf. machte auſser diesen Beobachtungen noch andere 6 über den Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die sogenannte nachträgliche Ausscheidung des Merkurs; in einem Fall schon 2 Jahre nach der Kur. In allen Fällen wurde bei gesalzener Nahrung eine erhöhte Quantität von Chloriden und eine deutlichere Reaktion des Hydrargyrum bijodatum beobachtet. Die Reaktion war im allgemeinen mehr intensiv, als in Fällen gleichzeitigen Gebrauches von Merkur. Auſserdem war Autor bemüht, wenigstens teilweise in Erfahrung zu bringen, bei welchen Bedingungen des Stickstoffaustausches diese erhöhte Ausscheidung des Merkurs im Harne stattfindet, und das Subjekt muſste in die Bedingungen eines Stickstoffgleichgewichts gebracht werden.

Vier Versuchstiere wurden in einen Drahtkorb mit eisernem pyramidalen Boden gebracht, wobei der Verlust an Harn und Kot auf das Minimum reduziert wurde. Den Tieren wurden subkutane Injektionen von Sublimat gemacht bei Verabreichung gewisser Quantitäten Fleisch, und der Stickstoff des Harnes wurde nach der Methode „KIELDAL-BORODIN" bestimmt. Nachdem das Tier in das Stickstoffgleichgewicht gelangte, wurde eine gewisse Quantität Harn zur Analyse auf Merkur abgesondert. Während der Verabreichung von gesalzener Nahrung nahm die Quantität des Stickstoffs im Harne nicht bemerklich zu, die Chloride erwiesen ebenfalls keine auffallende Zunnahme, — die Reaktion des Hydrargyrum bijodatum steigerte sich aber ganz deutlich. In einem dieser Experimente wurde während erhöhten Gebrauchs von Kochsalz eine Stickstoffverminderung beobachtet, und Verf. meint, dafs dieses davon abhing, dafs die Assimilation der Stickstoffmehrung den Zerlegungsprozefs derselben überstieg. Die Experimente an Hunden gaben folgende Resultate:

1. Grofse Quantitäten Kochsalz bei genügender Zufuhr des Trinkwassers wirken hemmend auf den Stickstoffumsatz.

2. Grofse Quantitäten Kochsalz ohne Trinkwasser verursachen keine Hemmung des Stickstoffumsatzes.

3. Grofse Quantitäten Kochsalz wirken harntreibend.

4. Erhöhter Gebrauch von Wasser hemmt den Stickstoffumsatz (wie es auch DUJARDIN-BEAUMETZ und PASCHUTIN gefunden hatten), besonders nach vorläufigem Mangel an Wasser.

Auf Grund aller Experimente kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

I. Gesalzene Nahrung bewirkt einigermafsen erhöhte Ausscheidung des Merkurs im Harne bei unbedingt erhöhter Diurese.

II. Wenn erhöhte Diurese fehlt, so wird bei grofsen Quantitäten Kochsalz keine erhöhte Ausscheidung des Merkurs im Harne beobachtet.

III. Grofse Dosen Kochsalz können überhaupt erhöhte Ausscheidung des Merkurs im Harne auch bei Diurese nur in unbedeutendem Grade steigern, so dafs eine starke natürliche Verminderung der Ausscheidung des Merkurs nicht überkompensiert zu werden vermag.

Auf Grund des oben Erwähnten empfiehlt Verf. den Syphilitikern stark gesalzene Nahrung, wenn dieselbe nur gut von den Verdauungsorganen vertragen wird. —

Die Ausscheidung des Merkurs kann auch ohne erhöhten Stickstoffverbrauch stattfinden; es ist aber höchst wahrscheinlich, dafs bei erhöhtem Stickstoffverbrauch der Merkur weit intensiver ausgeschieden werden könnte. Chlornatrium wirkt hier durch seine Fähigkeit, Merkuralbuminate zu lösen, und beschleunigt den Übergang des metallischen Merkurs und seiner verschiedenen unlösbaren Salze in einen lösbaren Zustand.

In Fällen der allmählichen Ausscheidung des Merkurs, d. h. da, wo er im Körper sich schon bedeutend verbreitet hat, erwies sich seine Ausscheidung bei gesalzener Nahrung bedeutender.

Verf. legt seinen Experimenten durchaus keine entscheidende Bedeutung bei; er befürwortet eine möglichst strenge Kontrolle des Regimes und der Nahrung der Patienten, und zweitens die Quantitätsanalyse des Merkurs im Harne.

Genaue Beobachtungen und Experimente, mit Befolgung aller Forderungen der Wissenschaft, machen das Werk von H. PAWLOFF über die Ausscheidung des Merkurs zu einem äufserst wertvollen, sowohl in Hinsicht der Physiologie, als auch der klinischen Medizin. *Lanz-Moskau.*

Lokale Infektionskrankheiten

a. *der Oberhaut.*

Gegen **aufgesprungene Hände** empfehlen die *Therap. Monatsh.* (1892. No. 2) Einreibungen von

Mentholi	0,75
Saloli	1,50
Ol. oliv.	1,50
Lanolini	45,0.

Unserer Meinung nach leistet eine gute Seife bessere Dienste.

P. Taenzer-Bremen.

b. *der Cutis.*

Antipyrin als Mittel gegen Erysipel. Im *Progrès thérap.* No. 26. 1892 empfiehlt Jean Foustanos das Antipyrin in Dosen von 1,5—4,0 innerlich gegen Erysipel. Gleichzeitig soll Potio Riveri oder Tamarindendecoct gegeben und aufserdem noch ein Unguentum aus:

Acid. phosphor.	
Camphorae	aa 1,0
Lanolini	
Vaselini	aa 15

Mf. ungt.

verordnet werden. (Viel hilft viel!)

P. Taenzer-Bremen.

Über ein neues Mittel bei der Behandlung des Erysipels, von A. Cavazzani. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle;* fasc. IV. 1891.) Nach einer Übersicht der zahlreichen Behandlungsmethoden des Erysipels teilt Verf. die angeblich brillanten Erfolge mit, die er in 5 Fällen mit Pinselungen mit 1procentigen alkoholischen Fuchsinlösungen erzielt hat. Verf. fragt sich nun, ob diese günstige Wirkung dem Alkohol oder dem Fuchsin zuzuschreiben sei, von welchem nachgewiesen worden, dafs es nicht nur antiseptisch wirke, sondern eine schützende Decke bilde gegen Flüssigkeiten und Gase (Bogsoff). *C. Müller-Basel.*

Die Mundseuche des Menschen (Stomatitis epidemica), deren Identität mit der Maul- und Klauenseuche der Haustiere und beider Krankheiten gemeinsamer Erreger, von Siegel. (*Dtsch. med. Woch.* 49. 1891.) Der Verfasser benutzte die in Britz und Umgegend ausgebrochene Epidemie zur Unterlage seiner Untersuchungen. Die Krankheit hat folgendes Symptomenbild: Nach einer 8—10tägigen Inkubationsdauer treten als Vorläufer Schüttelfrost, Kreuzschmerzen, Schwindelanfälle, Übelkeit, Schmerzen in der Magen- und Lebergegend auf. Temperatur selten über 39,5°. Öfters Ikterus. Nach weiterem Verlauf von ca. einer Woche treten erst die Munderscheinungen auf, bestehend in Anschwellung der Zunge (mit gelbem bis schwarzem Belage), des Zahnfleisches, starkem Foetor ex ore, Lockerung der Zähne, schmerzhafter Schwellung der Kieferknochen, Auftreten von kleinen Bläschen am Zungenrande und den Lippen, welche oberflächliche Ulcerationen hinterlassen. Hierzu kommt meist noch ein Exanthem der Vorderarme und Unterschenkel, bestehend gleichfalls in Bläschen oder sogar in Petechien. Mit dem Ausbruche des Exanthems schwindet das Fieber, und die ganze Krankheit erlischt bei richtiger Therapie in 1—2 Wochen mit Hinterlassung einer 4—8 Wochen andauernden Schwäche und eventuellen rheumatoiden Schmerzen. In Ausnahmefällen dauert die Krankheit aber

auch bis über ein Jahr, und in ganz schweren Fällen kommt es zur partiellen Nekrose der Zunge, Blutungen aus dem Zahnfleisch etc. Leberanschwellung ist fast immer vorhanden, daher die häufige ikterische Hautverfärbung. Bei den Frauen traten fast stets Menstruationsstörungen auf.

Von den 7 zur Sektion gekommenen Fällen legte S. Kulturen aus Leber, Niere etc. an und erhielt in allen Fällen dasselbe Bakterium, ein kurzer Bacillus von eiförmiger Gestalt, leicht züchtbar auf den gewöhnlichen Nährböden und ebenso leicht färbbar nach den gewöhnlichen Methoden. Die Impfversuche damit fielen vollkommen positiv aus, indem bei allen Versuchstieren die Maul- und Klauenseuche in mehr oder weniger schwerer Form zum Ausbruch kam. *P. Taenzer-Bremen.*

Elephantiasis Arabum am Beine; Unterbindung der Arteria femoralis; Heilung; später eintretende Phlebitis und Thrombosis; Septikämie; Tod, von Roswell Park. (*Med. News.* 13. Febr. 1892.) Ein 36jähriger Holzschnitzer hatte eine seit etwa 14 Jahren bestehende elephantiastische Verdickung des rechten Beines; dieselbe hatte sich etwa sechs Monate nach einer ziemlich erheblichen Verletzung der rechten Hüfte durch einen Sturz vom Trapez eingestellt und hatte im Laufe der Zeit enorme Dimensionen angenommen. Die Unterbindung der Femoralis bewirkte eine ganz erhebliche Besserung des Zustandes, aber einige Wochen nach der Entlassung aus dem Hospital wurde Patient in schwerkrankem Zustand mit Fieber, Delirium und allen Zeichen der Septikämie und einer intensiven Phlebitis des operierten Beines wieder aufgenommen. Tod im Laufe der nächsten 36 Stunden. Eine ganz befriedigende Erklärung dieses ungünstigen Ausgangs gewährte auch die Autopsie nicht; an der Femoralis fand sich ein gut organisierter Thrombus, die Profunda war durchgängig. *Philippi-Nieheim.*

Bemerkungen und Betrachtungen über 2 Fälle von Pemphigus, von Iginio Sormani. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle;* fasc. IV. 1891.) Mit Rücksicht auf die Dauer des Verlaufs und die Intensität der Allgemeinsymptome bezeichnet Verf. den einen Fall (14 Tage) als akuten, den zweiten (6 Mon.) als chronischen Pemphigus. Neues bieten uns die beiden Fälle, welche letal verliefen, nicht. Bei der Sektion des chronisch verlaufenen Falles wurde eine Atrophie der Ganglienzellen in den Hinterhörnern des Dorsalmarkes vorgefunden, der jedoch S. keine primäre Bedeutung zuschreibt. Bezüglich der Ätiologie des Pemphigus hält Verf. die Krankheit für parasitärer Natur, und neigt er zur Ansicht von Tommasoli, welcher die Ursache derselben mit der Anwesenheit von Leukomainen im Organismus in Zusammenhang bringt und einen leukomainischen (chronischen) und einen mikrobischen (akuten) Pemphigus unterscheidet. Die durch die Mikroorganismen erzeugten Toxine erzeugen einerseits die schweren allgemeinen Erscheinungen, andererseits trophoneurotische Störungen (Blasen).
C. Müller-Basel.

Drei Fälle von Ulcus venereum gangraenosum, von G. de Angelis Mangano. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle;* fasc. IV. 1891.) Die Fälle betreffen 3 durch Malariakachexie und Anämie mehr oder weniger heruntergekommene Individuen (2 Männer, 1 Frau). Bezüglich der Ätiologie des Ulcus venereum molle hegt Verf. nicht den mindesten Zweifel, indem durch verschiedene Forscher (Ferrari, Mannino, Ducrey) schon längst der spezifische Bacillus (?!) entdeckt worden sei. Als Ursachen für den Übergang dieser 3 Ulcera in die gangränöse Form (mal della mosca), werden unter anderen angeführt: Verunreinigung der Wunde durch Schmutz und Exkrete (1 Ulcus lag in der Analgegend); mangelhafte und verkehrte Behandlung vor dem Eintritt ins Spital; Irritation der Ulcera durch Reibung etc.; der schlechte

Allgemeinzustand. Bei einem Falle traten während der Behandlung sekundäre syphilitische Symptome auf. Zwei Ulcera, mit Sitz am Präputium, wurden exstirpiert; übrige Behandlung antiseptisch. Heilung. *C. Müller-Basel.*

Über einen Fall von Lichen planus bei einer Negerin, von Georges Thibierge und E. Leredde. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1891, S. 843.) Bei dem geringen Material, das über die Hautkrankheiten der Neger bis jetzt erst vorliegt, kann jeder weitere Beitrag nur hochwillkommen sein, um so mehr, wenn er, wie die vorliegende Abhandlung, so interessante Einzelheiten liefert. Die Verfasser haben sorgfältige histologische Untersuchungen vorgenommen und machen uns mit allen Abweichungen ihrer Beobachtung von dem Bilde des Lichen planus der weifsen Rasse bekannt. Die einzelnen Punkte lassen sich nur schwer im Referat wiedergeben, und es sei deshalb auf das Original verwiesen. Die wesentlichste klinische Abweichung bestand im vorliegenden Fall in der schwarzen Färbung des Ausschlags, infolge einer besonders starken Anhäufung von Pigmentkörnern in der Kutis. Die Schleimhäute waren völlig frei von Lichen. — Zwei Holzschnitte sind der Abhandlung beigegeben.

Türkheim-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Lymphangiome. Inaug.-Dissert. von Georg Sultan (Königsberg i./Pr. 1891). Nach einem kurzen Rückblick auf die Litteratur werden zwei Fälle von Lymphangioma cutis beschrieben, die ich hier kurz wiedergeben möchte:

1. 25 Jahre alter Student zeigt seit seinem sechsten Lebensjahre angeblich nach einer erlittenen Verletzung und wochenlang fortgesetzter Applikation von Jodtinktur oberhalb des rechten Hüftgelenks, beginnend hinten rechts von der Wirbelsäule, zahlreiche, isoliert stehende oder zu Häufeln gruppierte, prominente Bläschen von Stecknadelkopf- bis Bohnengröfse. Dieselben sind meist blafs, transparent, seltener blutigrot oder in den Farbennuancen des in Resorption begriffenen Blutes. Die blutige Färbung tritt besonders nach gröfseren Anstrengungen, vielem Gehen, Reiten etc. auf. Stellweise an Stelle geplatzter Bläschen blutige Borken auf leicht blutendem Grunde. Der Inhalt der Bläschen gerinnt leicht und enthält spärliche Leukocyten. Die dazwischenliegende Haut normal. Einer Excision vor 10 Jahren folgte 2 Jahre später ein Rezidiv. Mikroskopische Untersuchung ergiebt: Cystische mit einschichtigem Epithel ausgekleidete Hohlräume, rund oder spaltförmig, die bis unter die verdünnte Epidermis reichen.

2. 19 Jahre alter Lehrling zog sich vor 10 Jahren durch Sturz von einer Turnstange eine Kontusion des Skrotum zu; die dadurch entstandene Anschwellung schwand nicht wieder vollkommen. Vor 5 Jahren begann eine erhebliche Gröfsenzunahme desselben und Auftreten von wasserhellen Bläschen, wozu sich vor 3 Jahren eine Anschwellung in der linken Leistengegend gesellte. Das Skrotum ist bei der Untersuchung von Kindskopfgröfse; die Haut desselben elephantiastisch, besonders an der linken Seite bedeckt mit perlschnurartig aufgereihten prominenten Bläschen und Leisten, die weich, eindrückbar und transparent sind. Die Flüssigkeit ist wegdrückbar. Nach der linken Seitengegend geht ein zwei Finger dicker Wulst, der in eine diffuse, von normaler Oberhaut bedeckte Anschwellung der Vorderfläche des linken Oberschenkels übergeht; von dieser wiederum geht ein polsterartiger Wulst nach der Genitokruralfurche; letztere ist mit Höckern, Falten und Bläschen bedeckt. Die ganze Anschwellung ist elastisch und kann durch Druck verkleinert werden; sie ist gegen die Umgebung nicht scharf abgegrenzt. — Entfernung der kranken Haut, soweit möglich, durch Excision (Abflufs von Lymphe aus den Schnittwunden) und

Thermokauter. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt denselben Befund, wie in dem vorigen Fall, nur erscheint der ganze Prozefs aktiver, indem die Endothelzellen auffallend dicht gedrängt sind und in das Lumen stark vorspringende Kerne zeigen; im umgebenden Bindegewebe findet man Zellanhäufungen.

Dafs es sich in beiden Fällen um Lymphräume handelt, ist wohl klar; der blutige Inhalt einzelner Bläschen im ersten Fall ist nur ein accidentelles, traumatisches Ereignis. Dafs es sich um neoplastische Prozefse handelt, beweist das Vorkommen der Hohlräume auch an Stellen, die sonst keine Lymphgefäfse besitzen, so besonders an der Spitze der Papillen, subepithelial, in welchen ja die Lymphgefäfse nur bis zur Mitte aufsteigen (Teichmann). —

Bemerkenswert ist, dafs in beiden Fällen ein Trauma mit grofser Wahrscheinlichkeit die Veranlassung zur Entstehung des Neoplasma abgegeben hat.

Jessner-Königsberg.

Lymphangioma circumscriptum von M. B. Hartzell. (*Med. News.* Jan. 16. 1892). Ein 15jähriger Knabe hatte seit dem 2. oder 3. Monat seines Lebens auf der linken Schulter eine Anhäufung kleiner Bläschen von Stecknadelkopf- bis Halberbsengröfse dargeboten. Dieselben waren in Gruppen von etwa 6—8 zusammengeordnet und nahmen ein Gebiet von der Ausdehnung etwa eines halben Handtellers ein. Anfangs safs die Affektion auf der Schulterblattgegend; allmählich ist dort Heilung eingetreten, und jetzt ist die Spitze der Schulter befallen. Sonstiges Befinden durchaus befriedigend. Verf. giebt eine kurze Übersicht der bisher publizierten Fälle. Therapeutisch kommt nur die Kauterisation mit Ätzmitteln oder mit dem Ferrum candens in Betracht. *Philippi-Nicheim.*

Über Akromegalie und Akromikrie von L. Stembo. (*St. Petersb. med. Woch.* No. 45 und 46, 1891). Das Symptomenbild der Akromegalie dürfte unseren Lesern wohl durch die jetzt häufigeren Beschreibungen bekannt sein, und bringen wir daher nur das weniger Bekannte, das ist z. B. der pathologisch anatomische Befund, den Verfasser aus 7 Sektionen folgendermafsen zusammenfafst: Vergröfserung des Hirns durch Vermehrung der Neuroglia; Vergröfserung der Hypophysis cerebri (Hühnereigröfse), lappiger Bau derselben auf dem Durchschnitt, Verbreiterung der Sella turcica, Hypertrophie des Sympathikus und seiner Ganglien, Hypertrophie der gesamten Haut, namentlich des Bindegewebes; auch die Knochen zeigen vermehrtes wahres Wachstum. Die Schilddrüse ist meist atrophisch, Herz und Thymus meist hypertrophisch.

Das gerade Gegenteil zur Akromegalie ist die Akromikrie, die Verkleinerung aller Endteile des menschlichen Körpers, eine Krankheit, die der Verfasser an einer Patientin genau zu studieren in der Lage war. Der Fall betraf eine 51jährige Frau, bei der die Krankheit vor 20 Jahren mit Geschwürsbildungen an den Fingern begann. Die geheilten Stellen zeigten weifsliche Narben, die Haut der Finger wurde allmählich sehr dünn und glänzend, vom Knochen schwer abhebbar und die Beweglichkeit stark hindernd. Die Nägel stiefsen sich ab, und die Finger verkürzten sich, die Endphalangen fehlen. Später bemerkte Patientin, dafs sich auch die übrigen Teile des Körpers verkleinerten, indem die Haut überall atrophierte, die Knochen dünner wurden; Nase, Kinn, Zunge, Kehlkopf verkleinerten sich, die Stimme bekam eine höhere Tonlage; die Hautreflexe sind normal, die Sehnenreflexe eher etwas abgeschwächt. Harn normal Schilddrüse schwer nachzuweisen.

Einen Zusammenhang der Schilddrüsenatrophie mit der Akromikrie will der Verfasser vorläufig noch nicht als bestehend hinstellen, zumal da die erstere schon für die Entstehung der Akromegalie verantwortlich gemacht wird.

P. Taenzer-Bremen.

Epithelioma traumaticum von CHRISTIANI. (*La semaine méd.* No. 8. 1892). Durch einen Steinwurf wurde einem Mann eine tiefe klaffende Wunde in der Gegend des rechten Tuber frontis zugefügt. Noch während die Wunde offen ist, bildet sich in derselben eine erbsengroſse, ulzerierende und leicht blutende Geschwulst mit Zotten, die sehr resistent ist. Dieselbe wurde exstirpiert und ergab bei der Untersuchung starke epitheliale Wucherungen. Verfasser glaubt nun bezüglich der Ätiologie, daſs die Geschwulst durch ein Hautstückchen hervorgerufen wurde, welches durch den Steinwurf von der äuſseren Haut abgetrennt und dem Knochen implantiert worden ist.

P. Taenzer-Bremen.

Untersuchungen über den Krebs von ADAMKIEWICZ. (*Intern. klin. Rundschau* 9, 1892). Das durch seine dynamischen (nicht mechanischen) Eigenschaften die Krebszellen beeinflussende Kankroin wirkt nach des Erfinders Angabe auf dreierlei Art.

1. Die nekrotisierenden Krebselemente lösen sich von ihrem Entstehungsorte, werden von dem Blutstrome fortgeschwemmt, das Krebsinfiltrat wird resorbiert.

2. Die abgestorbenen Krebszellen lösen sich von dieser Grundlage ab und fallen einfach aus. Es entstehen entsprechende Defekte.

3. Die abgetöteten Zellen des Krebses erregen in ihrer Umgebung entzündliche Reizung, deren Grad von den jeweiligen Umständen abhängt. So kann es schlieſslich zur Eiterbildung und zu eitriger Abstoſsung von Krebselementen kommen.

Zuletzt wird ein Fall erwähnt, wo es sich angeblich um ein Carcinoma labii handeln sollte, das jedoch auf Kankroin nicht reagierte. Die Untersuchung des excidierten Tumors ergab fibrösen Bau o h n e Krebszellen, war also wahrscheinlich syphilitischer Natur. *P. Taenzer-Bremen.*

Plumbum causticum in der Behandlung spitzer Kondylome von L. C. TSCHERNOMORDIK. (*Russk. Med.* 31. 1890). Nachdem die Umgebung der Warzen gereinigt, werden dieselben betupft mit:

Plumb. oxyd.	0,25
33% Sol. Kalii caust.	7,5

Mds.

Zum Betupfen bedient man sich eines Glasstabes, um dessen eines Ende ein kleiner Wattebausch gewickelt ist. 5 Minuten nach dem Befeuchten verwandeln sich die Kondylome in eine schwarze breiige Masse, die man mit Watte wegwischt. Meist genügt eine Sitzung, seltener 2—3. Nach der Behandlung sollen die Kranken ein paar Stunden ruhen. Die Wundflächen werden mit Jodoform verbunden. (Nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 8. 1892). *P. Taenzer-Bremen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (Sitzung vom 3. Februar 1892) stellte A. BLASCHKO 2 Fälle von **Alopecia areata** vor; der eine derselben war früher schon vorgestellt worden, als die eine ebenfalls erkrankte Kopfseite infolge Faradisation bereits wieder mit Haaren bewachsen war. Jetzt ist auch die andere Seite durch dieselbe Therapie geheilt worden.

Der andere Fall zeichnet sich dadurch aus, daſs dem Haarausfall langanhaltender intensiver Kopfschmerz vorausging, der auch jetzt noch gerade an den kahlen Stellen sich lokalisiert. Sehr eigentümlich ist aber, daſs gerade diese spontan so schmerz-

haften Stellen anästhetisch sind, namentlich ist die elektrokutane Sensibilität sehr herabgesetzt. Ferner zeichnen sich diese Areaherde durch eine auffallende Hyperämie aus, ein Beweis, dafs die akute Alopecia areata entzündlichen Charakters ist. Ein drittes Symptom ist die Trichorrhexis, auf die vom Verfasser schon an anderen Orten aufmerksam gemacht wurde und die hier ganz besonders stark ausgebildet ist; in den Wurzeln dieser Haarstümpfe finden sich nun massenhafte Mikroorganismen, jedoch nur in denjenigen Haarwurzeln und -Bulbi, welche schon ganz locker in den Follikeln stecken, ein Zeichen dafür, dafs die Bakterien erst dann das Haar befallen, wenn dasselbe sowie seine Scheide nekrotisch geworden sind. Die Bakterien sind Kokken, Bazillen, runde und ovale Sprofspilze.

In der Diskussion macht Behrend darauf aufmerksam, dafs er bereits vor vielen Jahren dieselben Resultate gefunden hat, und dafs man die Anwesenheit der Bakterien in den kranken Haaren nicht für die Zerstörung derselben verantwortlich machen darf. (*Allg. med. Centralztg.* 17. 1892, *Berl. klin. Woch.* 8. 1892).

L. Hoffmann-Berlin.

Über Ainhum, von von Winckler. (*Lancet.* 12. Dez. 1891.) Unter Ainhum versteht man die spontane Abschnürung der 5. Zehe, die nur bei Negern beobachtet wurde. Auch in den 20 vom Verfasser herangezogenen Fällen betrafen 19 Afrikaner. Beruf und Heredität sind belanglos; meist wird das kräftige Mannesalter davon befallen (30.—35. Jahr). Meist beginnt die Affektion in der Hautumbiegung des Phalangengelenkes, niemals am Nagel der Zehe. Gewöhnlich einseitig werden in selteneren Fällen auch beide 5. Zehen befallen, oder neben der fünften auch noch die vierte und dritte Zehe. Das Aussehen der erkrankten Zehe ist dasjenige eines unterbundenen Gliedes. Lepra und Syphilis haben mit der Affektion nichts gemein, ebensowenig vorausgegangenes Trauma. Schmerzen treten erst mit dem geschwürigen Zerfall der Zehe auf. Die mittlere Dauer der Krankheit ist ca. drei Jahre.

Ätiologisch glaubt Verfasser Parasiten verantwortlich machen zu müssen, wenngleich dieselben noch nicht bekannt sind. Therapeutisch überlassen die Patienten die Amputation meist der Natur. Ein einfacher Verband genügt ihnen.

Mikroskopisch fand Verfasser rarefizierende Ostitis, in der Haut Hyperplasie des fibrösen Gewebes mit fettiger Degeneration, Verdickung der Intima der Arterie.

P. Taenzer-Bremen.

In der Brüsseler Poliklinik stellte Dubois-Havenith **3 Favuspatienten** vor, welche alle durch dieselbe Hauskatze infiziert worden waren, und führt Hund, Kaninchen und Huhn als fernere Infektionsquellen an. (*La Presse méd. Belge.* No. 7. 1892). *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

In der Sitzung vom 11. März 1891 des ärztlichen Vereins zu Marburg sprach Marchand über einen Fall von ausgedehnter **Epidermisbildung auf der Schleimhaut der Harnwege** von der Urethra bis in die Nierenkelche. Der Fall ist genau beschrieben in der Marburger Dissertation von Liebenow (1891). Ein 13jähriger Knabe war in seinem 7. Jahre wegen Steins operiert worden und hatte seit dieser Zeit eine Perinealfistel, deren völlig vernarbte Ränder in die stark erweiterte, mit Epidermis ausgebildete Pars membranacea übergingen. Im linken Nierenbecken wurde ein Stein gefunden. Die Nierenpyramiden waren beiderseits durch Ulzeration zerstört.

An der Unterfläche des Zwerchfells in der Nähe des hinteren Leberrandes fand sich aufserdem noch ein echt epidermoidales Cholesteatom von halber Wallnufsgröfse,

jedenfalls als Metastase der neugebildeten Epidermis der Harnwege aufzufassen. M. führt die letztere wahrscheinlicherweise auf eine Metaplasie des normalen Epithels zurück. (*Berl. klin. Woch.* 3. 1892.) *P. Taenzer-Bremen.*

Über den Prostatakrebs, von Toquart. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 30. Aug. 1891.) Der Verf. schliefst sich der Ansicht Guyons an, dafs der Prostatakrebs deshalb sehr gefährlich ist, weil er sehr frühzeitig die benachbarten Lymphgefäfse in Mitleidenschaft zieht und dadurch der eigentliche Krankheitsherd vollständig überwuchert wird. Es kann dann so weit kommen, dafs alle im kleinen Becken liegenden Organe eine einzige Tumormasse bilden, in der Mastdarm, Blase etc. eingeschlossen liegen und natürlich in ihren Funktionen sehr gestört sind. Die chronische Obstipation macht dann gewöhnlich eine Operation nötig. Den bekannten Fällen reiht der Verf. noch einen eigenen Fall an, der einen Tag post operationem letal endigte, und der bei der Sektion diffuse carcinomatöse Prostatitis mit Infiltration des umgebenden Bindegewebes, sowie der dazugehörigen Drüsen ergab. Die benachbarten Organe waren in den Tumor, der das ganze kleine Becken anfüllte, eingebettet, ohne dafs jedoch die Schleimhaut des Mastdarms, wie der Harnorgane verändert waren. Nur das Lumen war auf ein Minimum reduziert. Längs der Aorta iliaca und Aorta abdominalis, sowie längs der Wirbelsäule bis zu den Nieren fanden sich Lymphdrüsenpackete. *P. Taenzer-Bremen.*

Fall von aphthöser Erkrankung der Vagina, kombiniert mit konsekutivem Erythema multiforme, von J. Neumann. (*Intern. klin. Rundschau.* 1. 1892.) Der Fall betraf eine 23jährige Gravida im 7. Monat, welche am Zungenrande zahlreiche weifsliche Punkte, und am weichen Gaumen viele disseminierte aphthöse Efflorescenzen aufwies. An der Innenseite der kleinen Labien, welche die grofsen Schamlippen beträchtlich überragten, mehrere pfennig- bis thalergrofse, gelblich-weifs belegte Substanzverluste, welche sich auch an der Vaginalschleimhaut wiederholen. An Handrücken, Vorderarmen, der unteren Extremität und vereinzelt am Rumpfe schrotkorngrofse, mit Eiterpunkt versehene Efflorescenzen. An den Unterextremitäten noch typische Flecken von Erythema multiforme, die an Zahl und Gröfse allmählich zunahmen. Einen ähnlichen Fall hat Verf. schon früher beschrieben, und nimmt er jetzt keinen Anstand, das Erythem als durch die von den Bakterien erzeugten Toxine herrührend zu bezeichnen, wie man das ja schon bei anderen parasitären Erkrankungen gethan hat, z. B. Typhus, Cholera etc.

Die Bemerkung Kaposis, ob die Schleimhautaffektion nicht ebenfalls dem Erythem zuzuschreiben sei, wird von Neumann dadurch widerlegt, dafs das ganze Bild dasjenige der Stomatitis aphthosa war, dafs das Erythema multiforme in der Vagina noch nicht bekannt ist, und dafs der Bakterienbefund (Staphylococcus aureus) nicht für Erythem, sondern für Aphthen spricht.

Riehl wünscht eine genaue Erklärung, was Neumann unter „aphthösen Prozessen" verstehe, was hier die Ätiologie und der Verlauf der Krankheit gewesen und verwahrt sich dagegen, dafs seine Fälle mit den Neumannschen in einen Topf geworfen würden. *P. Taenzer-Bremen.*

Über ein primäres Sarkom des Urethers, Inaug.-Dissert. von Eduard Willutzki. (Königsberg i. Pr. 1891.) Es handelt sich um einen grofsen, harten, höckrigen Tumor, mit gröfster Wahrscheinlichkeit ausgehend vom linken Urether, der in grofser Ausdehnung von demselben umgeben wird. An einer Stelle (Ausgangsstelle?) ist die Wandung des Urether vollkommen von der im Lumen des letzteren geschwürig zerfallenen Geschwulst durchsetzt. Die linke Niere ist bis auf eine beginnende Hydro-

nephrose unbeteiligt. Eine vorhandene Erweiterung des rechten Urether und des rechten Nierenbeckens ist auf Druck durch eine grofse retroperitoneale Geschwulst aufzufassen, die eine Metastase des erstgenannten darstellt. — Die mikroskopische Untersuchung ergab ein alveoläres Rundzellensarkom; die alveolär gebauten Teile sind bei Untersuchung mittelst stärkerer Linsen durch die innigere Verbindung der Zellnester mit dem Bindegewebe von ähnlichen carcinomatösen Bildungen zu unterscheiden.

Die Geschwulst hatte sich angeblich nach einem Sturz vom Pferde bei einem früher gesunden 25 Jahre alten Menschen entwickelt und führte circa 1 Jahr nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen (Verdauungsstörungen, Obstipation etc.) zum Tode. Bemerkenswert erscheint, dafs qualitative Veränderung des Urins bis auf kurz vor dem Tode gefundene, aus Leukocyten bestehende weifse Fetzen nicht erwähnt sind. — Für die Seltenheit der Erkrankung spricht, dafs Verf. nur einen Fall von Ribbert aus der Litteratur anzuführen vermag. *Jessner-Königsberg.*

Ein Fall von Inversio vesicae urinariae congenita. Inaug.-Dissert. von Franz Bidder. (Königsberg i. Pr. 1891.) Bei einem kräftig entwickelten, bei der Untersuchung $2^1/_2$ Monate alten Kinde findet sich eine Inversio vesicae urinariae mit einer Diastase der ossa pubis. Die vorgefallene hintere Blasenwand zeigt vollkommen den Charakter einer Schleimhaut; wenn sie auch im oberen Teile etwas besser ist, so ist sie doch nicht, wie sonst oft beschrieben, mit verhornter Epidermis bedeckt. (Die Umwandlung der Schleimhautfläche in eine den Charakter der Oberhaut zeigende Fläche würde wohl auch erst bei längerem Bestande des Leidens zu erwarten sein. Anm. d. Ref.) Im unteren Teile sind deutlich die beiden Mündungen der Ureteren sichtbar. Zu beiden Seiten des Prolapses aufsen die labia majora, innen die labia minora, und zwischen diesen in der Mitte der introitus vaginae. Bemerkenswert, weil sonst nicht beobachtet, sind kleine punktförmige Öffnungen an der inneren Seite der labia minora, die in 1—2 mm tiefe, blind endende Kanäle führen. Verf. fafst sie als Reste der Ausführungsgänge der Bartholinschen Drüsen auf. Von urethra und clitoris keine Spur. Darmkanal normal. Haut im weiten Umfange ekzematös. Verf. schliefst daran eine Auseinandersetzung der Hypothesen über diese Mifsbildung und tritt für die Ahlfeldsche ein: Abnormer Zug des Dotterstranges am Darm infolge einer plötzlichen übermäfsigen Füllung der Amnionhöhle.

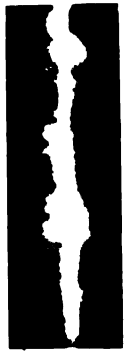
Jessner-Königsberg.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Salol bei Arthritis gonorrhoica, von V. Jones. (*Brit. med. Journ.* 13. Febr. 1892.) Es wird über drei mit Salol (etwa 1,0 ter die) behandelte Fälle von gonorrhoischer Kniegelenkentzündung berichtet. Bei keinem der Kranken war aber der Erfolg ein sehr eklatanter, vielmehr eher ein negativer. *Philippi-Nieheim.*

Bemerkungen über die Instillation von Argentum nitricum von J. A. Fort. (*Rev. chirurg. des mal. des voies urin.* 1891, No. 12.) Bevor man die Instillationen bei chron. Gonorrhoe beginnt, soll man die vorhandenen Strikturen erweitern, weil die hinter der Striktur gelegene Partie durch den Druck des Urins bei jeder Mriktion wieder gereizt wird, und weil aufserdem der in die Tiefe gedrungene Prozefs durch die oberflächliche Ätzung nicht berührt wird. Erst nach Beseitigung der Striktur soll man mit der Silbernitratlösung beginnen. Der Erfolg wird dann nicht ausbleiben.

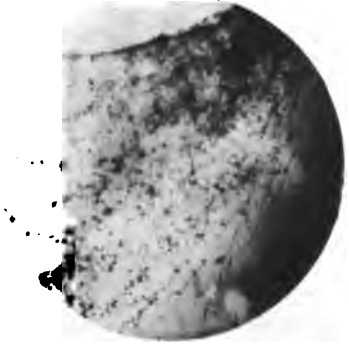
P. Taenzer-Bremen.



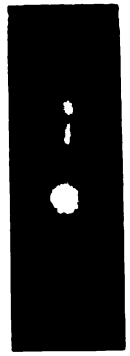
XIX a 1/2

XIX b 135/1

XX a 1/2

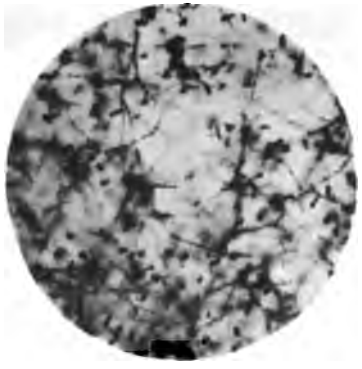


XX b 135/1



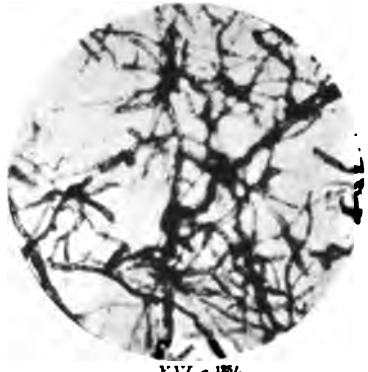
XXI a 1/2

XXI b 135/1



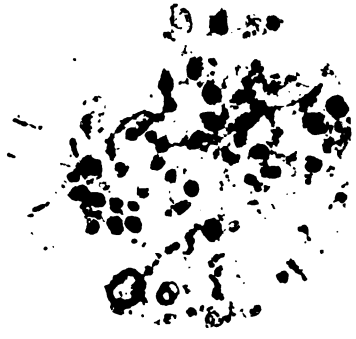
XIX c $^{125}/_{1}$

XX c $^{125}/_{1}$

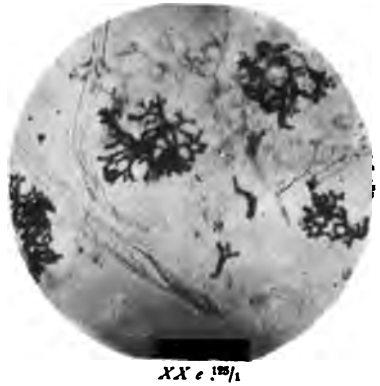


XXI c $^{125}/_{1}$

XIX d $^{125}/_{1}$



XX d $^{125}/_{1}$



XX e $^{125}/_{1}$

Photogramme des Unnaschen Laboratoriums.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und (Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 9. 1. Mai 1892.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die Reaktion des Schweifses beim gesunden Menschen.

Von

Dr. Ernst Heuss
in Zürich.

(Mit Tafel IX und X.)*

Vor einiger Zeit forderte mich mein Lehrer, Herr Dr. Unna, auf, eine Methode ausfindig zu machen, um auf möglichst einfache und praktische Weise die Reaktion des Schweifses beim Menschen zu bestimmen.

Ich leistete dieser Aufforderung um so lieber Folge, als ich hoffen durfte, in einer solchen Methode nicht nur ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel, speziell bei Erkrankungen der Haut, sondern auch einen Schlüssel zur Erklärung einer Anzahl physiologischer und pathologischer Probleme in der Hand zu haben.

Ich selbst trat an diese Arbeit heran mit der Überzeugung, der normale menschliche Schweifs reagiere alkalisch, um so mehr, da meine ersten Vorversuche (siehe „Watteversuche" unter „Methodologisches" und „Reaktion des sich zersetzenden Schweifses") diese Annahme zu bestätigen schienen. War ich doch so auf der Universität belehrt worden, konnte ich die Lehre vom alkalischen Schweifs fast einstimmig in allen deutschen Lehrbüchern der Physiologie vertreten finden. — Meine Überraschung war daher um so gröfser, als ich mich im Laufe der Untersuchungen vom Gegenteil überzeugen mufste.

Und als ich darauf in der „Schweifslitteratur" mich näher umschaute, fand ich, dafs durchaus nicht alles so unisono in den Klang vom alkalischen Schweifs mit einstimmte, dafs, abgesehen von einigen deutschen Forschern wie Unna[1], Kaposi[2] etc. besonders die französische Schule energisch für die Acidität des Schweifses plaidierte.

Da ich bei Besprechung der Arbeit von Trümpy und Luchsinger[3], sowie der von Tourton[4], den in den letzten Jahrzehnten bedeutendsten

* Die Tafeln folgen im nächsten Heft, das Litteraturverzeichnis am Schlufs des Aufsatzes.

Vertretern der Alkaleszenz und der Säuretheorie des Schweifses, etwas länger verweilen mufs, so beschränke ich mich bei den anderen Autoren kurz auf Angabe ihres Befundes.

Den Reigen der Schweifsforscher, die ich als die ältesten in der mir zugänglichen Litteratur erwähnt finde, eröffnen BERZELIUS[4] (sauer) und THÉNARD[4] (sauer, *Chemie*, trad. fr. Paris 1833), sowie ANSELMINO[4] (sauer, *Journal des Progrès* 1827); denen folgen GILLIBERT d'HERCOURT[3] (Rückkehr der anfänglich stark sauren Reaktion des Schweifses bis zur Neutralität", *Gazette médicale de Lyon* 1852), P. FAVRE[4] (sauer, verursacht durch Milchsäure und eine eigentliche „Schweifssäure", *Comptes rendus* 1852), Q. ROBIN[4] (sauer, Pilokarpinschweifs alkalisch, *Leçons sur les humeurs* 1867), AUBERT[5] (sauer), LONGET[4] (alkalisch, *Physiologie* 1869), ANDRAL[4] (sauer, *Comptes rendus* 1848), VULPIAN[2] (alkalisch, *Soz. Biol.* 1879), M. LAILLER und M. RENAUT (sauer, vide *Annales de Dermatologie et de Syph.* 1877—78, 437), STRAUSS[2] (alkalisch, *Revue de Hayem*) etc.

Eine lange Reihe von Widersprüchen, die sich wohl nur dadurch erklären läfst, dafs, abgesehen von Untersuchungsfehlern, die meisten Autoren eben nicht den in der Ruhe abgesonderten, sondern den durch irgend welche künstliche Mittel, Pilokarpin, Muskelanstrengung, warme Bäder etc., gesteigerten Schweifs untersuchten und dessen Reaktion als Norm hinstellten. Auch TRÜMPY und LUCHSINGER, sowie TOURTON können von diesem Vorwurf nicht freigesprochen werden. Die beiden erstgenannten Forscher hatten, nachdem sie die Hautoberfläche mit Seife, verdünnter Essigsäure, Äther, Alkohol und destilliertem Wasser gereinigt, besonders Katzen, 0,01 Pilocarpin. mur. injiziert und schon nach kurzer Zeit (1 bis 7 Minuten) durch Auflegen von Lackmuspapier einen Umschlag der anfänglich sauren Schweifsreaktion in Alkaleszenz konstatieren können.

„Ist einmal die Reaktion alkalisch geworden, so bleibt sie auch in der Regel während der ganzen Sekretionszeit so; in zwei Fällen dagegen haben wir — zu unserem nicht geringen Erstaunen — gegen Ende des Schwitzens wieder schwach saure Reaktion angetroffen; es traf sich dies bei Versuchen, in denen auch schon zu Anfang ein kurzes Stadium saurer Reaktion vorhanden war." — „Wenn nun aber gleichwohl in der Mehrzahl unserer Fälle schon von Anfang ab eine entschieden alkalische Reaktion auftritt, so mufs eben frischer, normaler Schweifs nur um so eher wirklich alkalisch reagieren, denn es hat ja derselbe die Säure des Hauttalgs zu neutralisieren, um überhaupt selbst eine Gegenreaktion zur Geltung bringen zu können."

„Gleichwie der Schweifs der Katze, reagiert auch normaler menschlicher Schweifs stets alkalisch, seine angeblich saure Reaktion leitet sich ab von saurer Beschaffenheit oder ranziger Zersetzung des Hauttalgs."

Wie schon UNNA erwähnt, sind diese Resultate nicht im mindesten einwandsfrei, und flöfst der Befund von alkalischem Schweifs schwere Bedenken ein. — Abgesehen davon, dafs Pilokarpinschweifs doch nicht als normal gelten darf, ferner, dafs die durch Tierexperimente erhaltenen Resultate nicht kurzweg auf den Menschen übertragen werden dürfen, ist denn doch die Annahme etwas gewagt, dafs der Mensch in einen Mantel ranzigen Fettes eingehüllt sei.

Zur Vorsicht in anderer Hinsicht mahnt uns die Arbeit von TOURTON.[4] Wenn letzterer das sorgfältige Waschen der Hautoberfläche, wie es von TRÜMPY und LUCHSINGER geübt wurde, als deutsche Pedanterie belächelt und Reinigung mit Seife und gewöhnlichem Wasser als vollständig ausreichend erachtet, so mufs man sich eigentlich wundern, dafs der Autor trotz dieser ungenügenden Reinigung der Hautoberfläche mit alkalischen, nicht indifferenten Substanzen doch saure Schweifsreaktion erhielt. — Leicht angefeuchtetes Lackmuspapier befestigte er auf die schwitzende Haut und bestimmte in einer grofsen Reihe von Versuchen durch aufgeträufelte Titerlösung und Farbenvergleichung auch das ungefähre quantitative Säureverhältnis.

Die Divergenz der Meinungen über die Reaktion des Schweifses erläutert zur Genüge die Wichtigkeit der Aufgabe, diese Frage von neuem zu prüfen, mufste mich aber zugleich zu gröfster Vorsicht bei der Untersuchung mahnen. Hierbei war es von Bedeutung, die Reaktion des Schweifses nicht an extremen Zuständen, Hypersekretion etc., sondern bei Ruhe zu untersuchen. — Aufserdem galt es, um zu einem einwandsfreien Resultat zu kommen, die Reaktion des Schweifses möglichst central, d. h. wenn nicht am Orte seines Entstehens, so doch wenigstens an seiner Austrittsstelle aus der Haut zu bestimmen.

Dabei mufste ich stets im Auge behalten, die Reaktionsprüfung des Schweifses technisch so einfach als möglich zu gestalten, so dafs sie auch für praktische Zwecke, d. h. auch am Krankenbette, ohne grofse Vorbereitungen und Übelstände für den Kranken vorgenommen werden konnte.

Der Übersicht wegen und um Wiederholungen zu vermeiden, will ich zuerst in einem kurzen Abschnitt die Methoden anführen, die sich im Verlaufe der Arbeit als zweckmäfsig herausgestellt und erst dann auf die eigentlichen Untersuchungen näher eingehen.

Methodologisches.

Obwohl sich im Laufe der Untersuchungen herausstellte, dafs wir auf der Hautoberfläche zwei einen Reaktionsausschlag gebende Momente, die Reaktion des Schweifses und die Reaktion der Haut resp. der oberflächlichen Hornschicht, zu beachten und voneinander zu trennen haben, so sind doch die Untersuchungsmodi für beide im allgemeinen dieselben.

Wir können sie daher unter Verweisung der Details auf die eigentlichen Versuche hier gemeinschaftlich behandeln.

Bei meinen Orientierungsversuchen verfuhr ich stets so, dafs ich die betreffende schweifsdrüsenreiche Körperstelle: Palma, Planta, Gelenkbeugen etc., mit Wasser, Seife, Bürste reinigte, dann mit Ätheralkohol entfettete und nochmals mit destilliertem Wasser abwusch. Darauf wurde der Schweifs 1. entweder durch kürzeres oder längeres Auflegen von neutraler Watte, Filtrierpapier etc., bei stärkerer Sekretion mit der Beck-schen Mikrosyrinx (siehe unten) aufgefangen und dann auf Reaktion untersucht oder 2., es wurde das Reagenz direkt auf die zu untersuchende Stelle appliziert, und zwar, indem ich eine Reagenzlösung auf die Haut aufpinselte oder mit Reagentien imprägnierte Stoffe: Reagenzpapiere, Reagenzwatte, Reagenzkitt etc., aufpreſste. Begreiflicherweise haben diese letzteren Methoden vor allem den grofsen Vorzug, dafs der Schweifs direkt und sozusagen im Momente seiner Absonderung zur Untersuchung kommt und dadurch Untersuchungsfehler viel leichter auszuschliefsen sind. Immerhin bieten, wie wir sehen werden, auch die ersten, mehr indirekten Methoden manche Vorteile.

Da besonders bei diesen Vorversuchen die absolute chemische Reinheit, d. h. neutrale Reaktion der zum Abwaschen des Operationsfeldes benutzten Substanzen, von Wichtigkeit ist, so teile ich vor allem den Modus mit, den ich anwandte, um mich der vollständigen Neutralität dieser Reinigungsmaterialien zu versichern.

Ätheralkohol, aus gleichen Teilen des offizinellen Äther sulf. und Spirit. vin. bestehend, giebt auf Zusatz von roter (alkalischer) Kampecheholzlösung Gelbfärbung, zeigt also leicht saure Reaktion; umgekehrt färbt sich meist das destillierte Wasser mit gelber (neutraler) Kampecheholzlösung rot, alkalisch. Die saure Reaktion des Ätheralkohols leitet sich von der Darstellung des Äthers mit Schwefelsäure ab, von welcher immerhin noch geringe Spuren zurückgeblieben sein können. Die Alkaleszenz des destillierten Wassers dagegen ist demselben wohl durch das zur Aufbewahrung dienende Glasgefäfs mitgeteilt, dem von der Fabrikation meist noch Reste von freien kieselsauren Salzen anhaften. Ich versetzte also den Ätheralkohol und das destillierte Wasser, nachdem ich letzteres mit einigen Tropfen essigsauren Wassers ebenfalls angesäuert hatte, mit etwas roter alkalischer Phenolphtaleinlösung als Indikator, bis gerade ein schwach rötlicher Schimmer in der Flüssigkeit bemerkbar war. Bei den geringsten Spuren von anwesender Säure entfärbte sich dieselbe vollständig, bei Alkaligegenwart dagegen wurde sie rot und benachrichtigte mich so von allfällig vorgekommenen chemischen Verunreinigungen. — Die zum Abwaschen der Haut benutzte entfettete Wundwatte entfärbte rotes Phenolphtalein und gab mit roter Kampecheholzlösung Gelbfärbung,

reagierte also sauer, welche Eigenschaft der gewerblichen Reinigung der rohen Watte durch Schwefelsäure zuzuschreiben ist. Ich stellte mir nun neutrale, für meine Untersuchung geeignete Watte dadurch her, dafs ich gewöhnliche entfettete Wundwatte während 4—6 Stunden in ammoniakalischem Wasser liegen liefs und dann an einem warmen Orte trocknete, wodurch die nicht gebundenen Ammoniakdämpfe entwichen. Also behandelte Watte gab, in zwei chemisch reine Reagenzgläser gebracht, mit neutraler und alkalischer Kampechelösung übergossen und während 24 Stunden in der Wärme stehen gelassen, keine Verfärbung des Titers, reagierte also vollständig neutral.

Auf gleiche Weise fertigte ich mir neutrales Filtrierpapier an, das ebenfalls gewöhnlich sauer reagiert.

In vorstehendem habe ich schon einiger Reagentien erwähnt, die bei meinen Untersuchungen häufig zur Verwendung kamen. Diese benutzte ich, je nachdem es sich bei den einzelnen Untersuchungsarten als zweckmäfsig herausstellte, in Form von Reagenzpapier, von Reagenzwatte, Reagenzkitt oder pur, d. h. in alkoholischer Lösung.

Stellt man sich Reagenzpapier mit verschieden feinen Alkali- oder Säureindikatoren her, so kann man dieselben nicht nur zur qualitativen, sondern auch zu einer (natürlich nur annähernden) quantitativen Reaktionsbestimmung gebrauchen.

Nach einer anläfslich meiner Vorversuche von Herrn Dr. J. Ducommun, Staatsapotheker in Bern, mir freundlichst zur Verfügung gestellten Liste über Säure- und Alkaliindikatoren finden sich unter denselben in Bezug auf Reaktionsfeinheit die gröfsten Differenzen. Während einige, z. B. Flor. Malv., Viol. tricol., Congorot, Curcuma etc., eine Konzentration der Säure oder Base von mindestens 1 : 5000 bis 1 : 7000 verlangen, um einen Farbausschlag zu geben, so hat es wieder welche von gröfster Empfindlichkeit. So zeigt z. B. der alkoholische Auszug der Alkannawurzel (Alkanna tinctoria) noch Verdünnungen von Säuren oder Alkalien von 1 : 60000 an, aus Kampecheholz (Haematoxylon Campechianum), aus Fernambukholz (Caesalpinia echinata und brasiliensis) bereitete alkoholische Extrakte 1 : 80000 bis 90000; ja, ich erhielt anläfslich einiger Versuche mit Kampecheholztinktur sogar bei einer Verdünnung von 1 Tl. NaHO auf 150000 Teile aq. dest. noch eine charakteristische Farbreaktion.

Daraus hergestellte Reagenzpapiere zeigen nun ähnliche reaktive Verschiedenheiten an, wenn auch die Empfindlichkeit der Farbreaktion, besonders bei den letztgenannten Farbhölzern, darunter etwas gelitten hat.

Ich stellte mir nun, um die Reaktionsveränderungen des Schweifses genau verfolgen zu können, eine Skala auf und bereitete mir danach verschiedene Reagenzpapiere. In der Folge kam ich nun mit 3 Sorten für Säure und 3 Sorten für Alkali aus, nämlich alkalisches (d. h. Säure-

reaktion gebendes), rotes und saures (gelbes), Rosolpapier (1 : 20 000), alkalisches (blaues) und saures (rotes) Lackmuspapier (1 : 40000), endlich alkalisches (purpurrotes) und saures (gelbes) Kampecheholzpapier 1 : 70000 bis 90000. — Diese Papiere sind leicht darzustellen, indem reines weifses Papier durch die alkoholische, saure oder alkalische Farbstofflösung gezogen und an der Luft getrocknet wird. Rosol- und Lackmuspapier sind sehr haltbar; das Kampecheholzpapier (auch Fernambuk- und Alkannapapier) mufs jedoch wegen seiner Zersetzbarkeit am besten kurz vor jedem Versuch frisch bereitet werden.

Analog ist das Verfahren zur Darstellung von Reagenzwatte. Aus Leinöl, pulverisierter Kreide und Reagenz, d. h. 1% alkoholische Phenolphtaleinlösung, knetete ich mir einen sehr brauchbaren „Reagenzkitt“ zusammen.

Ein „plastisches Reagenzbild“, wenn ich mich so ausdrücken darf, erhält man auch durch Aufpressen der Hand auf eine leicht erwärmte Gelatineplatte, die vorher mit Reagenzlösung bestrichen wurde. Hierzu eignen sich ganz gut alte, nicht mehr brauchbare photographische Trockenplatten.

Zum direkten Aufpinseln auf die Haut stellte sich nach mannigfachen Versuchen das Phenolphtalein als das zweckdienlichste Reagenz heraus. Um die Haut- resp. Schweifsreaktion nachzuweisen, bedürfen wir, wie es sich in der Folge zeigte, meist eines Säureindikators, und als solcher bot das rote, d. h. alkalische Phenolphtalein grofse Vorzüge. Wohl besitzen wir in den oben erwähnten Farbhölzern: Kampeche, Fernambuk, Alkanna feinere Indikatoren; aber leider sind dieselben in angewandter alkalischer Lösung sehr leicht zersetzlich, wodurch die Farbreaktion verändert wird oder ganz ausbleibt. Überdies haften diese Farbstoffe der Hautoberfläche sehr fest an, so dafs diese erst nach längerem Waschen und Reiben von ihnen befreit werden kann. Wo ich einen Gegenversuch auf Anwesenheit von Alkali machen wollte, benutzte ich meist Alkannin oder Phenolphtalein in neutralem spirituösen Auszuge. — Andere Reagentien: Congorot, Rosolsäure etc. erwiesen sich bei näherer Prüfung teils als zu schwach, teils als ungünstig in ihren Farbveränderungen zur Beobachtung auf der Haut.

Phenolphtalein $\begin{matrix} C_6H_4 \\ C_6H_4 \end{matrix}\!\!>\!C\!<\!\!\begin{matrix} C_6H_4 \\ O \end{matrix}\!\!>\!CO$, ein Triphenylmethanderivat, durch Erhitzen von Phtalsäureanhydrid mit Phenol und Schwefelsäure erhalten, bildet ein gelbliches Pulver, das in Alkohol leicht, in 1% Lösung, wie ich es gewöhnlich benutzte, farblos löslich ist und auf Zusatz von Alkali eine prachtvoll rote Färbung giebt, die mit Säuren wieder verschwindet. — Phenolphtalein ist auch in alkalischer Lösung sehr haltbar und läfst sich von der Haut leicht abwaschen. — Durch Zusatz von

einigen Tropfen Kalilauge zur 1% spirituösen Lösung (z. B. 5—15 Tropfen des offizinellen Liq. kal. caustic. auf ca. 10,0 Phenolphtaleinlösung) erhielt ich einen passenden Säureindikator. Mit folgenden 3 Lösungen kam ich aus: auf 10 ccm Phenolphtaleinlösung je 5 (Lösung I), 10 (Lösung II), 15 (Lösung III) Tropfen Kalilauge.

Als Kontrolreagentien, sowie als „Waschflüssigkeiten" dienten mir alkoholische Auszüge der Alkannarinde (Alkanna tinctoria), auf Säurezusatz rot, mit Alkali blau sich färbend, sowie Kampecheholz- und Fernambukholztinktur. Letztere beide kann man sich jederzeit dadurch herstellen, dafs man z. B. auf 5,0 g Rinde 60,0 Alkohol abs. nimmt, 5—10 Minuten schüttelt und dann filtriert.

Nachdem ich die Darstellung der bei meinen Versuchen zur Verwendung gekommenen Materialien erwähnt, kann ich mich mit der Anwendungsweise derselben kurz fassen, um so mehr, da ich die näheren Details und die Vorsichtsmafsregeln, die bei den einzelnen Untersuchungsweisen zu beobachten sind, am besten an gegebenen Fällen selbst illustriere.

Die Watteversuche führte ich so aus, dafs ich „Reagenzwatte" auf einer (natürlich vorher gereinigten) Hautstelle, z. B. Planta, mit Guttaperchapapier und Binde befestigte und nach einer gewissen Zeit, nachdem die Watte sich mehr oder weniger mit Schweifs imbibiert hatte, wieder entfernte. Aus der Verfärbung, welche die Reagenzwatte eingegangen war, konnte ich auf die Reaktion des Schweifses schliefsen. Die erhaltenen Resultate waren jedoch (ich werde später noch darauf zurückkommen) sehr unsicher und schwankend. Bald erhielt ich alkalische, bald neutrale Reaktion. Überdies waren diese Versuche insofern nicht ganz einwandsfrei, als diese vegetabilischen Farbstoffe, wie erwähnt, sehr leicht zersetzliche Körper sind und daher durch den secernierten stagnierenden Schweifs die mannigfachsten chemischen Umwandlungen erfahren konnten.

Auch nachdem ich den Versuch so modifiziert hatte, dafs ich chemisch reine Watte und Papiere, die also nicht mit Farbstoff getränkt waren, auf die Haut brachte, im übrigen auf gleiche Weise verfuhr, die mit Schweifs durchfeuchteten Stoffe nach einiger Zeit wieder abnahm und durch Aufträufeln oder Auswaschen in einer Reagenzflüssigkeit auf Reaktion untersuchte, so kam ich doch davon bald wieder ab. Abgesehen, dafs diese Methode umständlich war und keine besonderen Vorteile vor den anderen, früher angewandten Untersuchungsmodi aufwies, so bot sie mir auch in Bezug auf Reinheit der Reaktion keine genügende Sicherheit. Der Schweifs kommt eben nicht im Momente der Absonderung, sondern erst nach geraumer Zeit, nachdem er sich in einer qualitativ zum Reaktionsausschlag genügenden Menge auf der Watte angesammelt hat, zur Untersuchung, eine Zeit, innerhalb welcher er immerhin gewisse

chemische Veränderungen eingegangen sein konnte, die das Endresultat beeinflussen müssen.

Keine genaueren Resultate gaben mir die Versuche mit Reagenzpapieren, die ich auf gleiche Weise ausführte.

Ebensowenig praktisch und auch nicht einwandsfrei war das von Luchsinger, Tourton etc. geübte Verfahren: Auflegen von mit destilliertem Wasser leicht befeuchtetem Reagenzpapier auf die schwitzende Haut.

Als sehr zweckmäfsig für einzelne Fälle, d. h. bei profuser Schweifsabsonderung, erweist sich die mir von Herrn Dr. Unna freundlichst mitgeteilte Methode: Auffangen der einzelnen Schweifstropfen mit der Beckschen Mikrosyrinx, einem Instrumente ähnlich einer Pravazspritze, mit stumpfem Nadelansatze (das Nähere siehe: P. G. Unna: „Instrumente zur Injektion" *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* 1882, S. 222). Die einzelnen Schweifstropfen werden successive auf Reagenzpapier deponiert. Praktisch zur ungefähren quantitativen Bestimmung der Acidität, resp. Alkaleszenz fand ich dafür das „abgestufte" Reagenzpapier (Rosol-, Lackmus- und Campechepapier). Natürlich mufs man vor jedem Gebrauche durch Kontrollversuche von der absoluten Reinheit des Instrumentes sich überzeugen.

Ein anderer, sehr einfacher Versuch bei profuser Schweifssekretion, wie ich ihn auch bei meinen Schwitzbädern mit Erfolg anwandte, besteht in Abstreifen des Schweifses mit einem neutralen Uhrschälchen, z. B. von Stirn, Brust, und vorsichtigem Zusetzen einer Reagenzlösung.

Eine Reihe von einwandsfreien Untersuchungsmethoden ergab sich aus der Applikation des Reagenz direkt auf die Haut. War doch nicht a priori von der Hand zu weisen, dafs die Haut, speziell die Hornschicht, die sozusagen als Schweifsfilter aufgefafst werden kann, und die beständig vom Schweifs mehr oder weniger „berieselt" wird, ähnliche Reaktion wie die durchfiltrierte Flüssigkeit, der Schweifs selbst, aufweisen mufs.

Der Versuch rechtfertigte in gewisser Beziehung meine Annahme. Pinselte ich Reagenzlösung auf die wohlgereinigte Haut, so erhielt ich einen charakteristischen Farbausschlag, welcher durch Kontrollversuche Bestätigung fand. In der Folge bildete diese „Pinselmethode" meine wichtigste und dankbarste Untersuchungsweise.

Etwas umständlicher und delikater sind die Gelatine- und Kittversuche, durch Aufpressen der oben erwähnten Reagenzgelatine oder des Reagenzkittes auf die Schweifsstelle, z. B. Palma, erhalten. Aus der Zeit, die von der Applikation des betr. Reagenz auf die Hautoberfläche bis zu dessen Ent- resp. Verfärbung verfliefst, läfst sich ein annähernder Schlufs auf die an dieser Stelle herrschende Acidität ziehen. Das Nähere siehe unter „Spezielles."

Ein weiterer sehr wertvoller Untersuchungsmodus ist der Reibeversuch. Durch länger fortgesetztes Reiben der vorher gut gereinigten Hautoberfläche mit neutraler Watte lassen sich successive die verschiedenen Hornschichten bis zur glänzenden feuchten Basalschicht bloßlegen. Durch vorsichtiges Aufpinseln oder Auftupfen von Reagenzlösung ist die dort herrschende Reaktion leicht zu bestimmen und auch ein Vergleich mit der an der unverletzten Oberfläche herrschenden Reaktion zu ziehen möglich.

Noch übersichtlicher gestalten sich die Schnittversuche, wobei man durch flaches Abtragen der einzelnen Hornschichten mit einem scharfen Rasiermesser sogar die Stachelschicht freilegen kann. Dieselbe liegt bei vorsichtiger Schnittführung in der Mitte der Schnittfläche, während der Rand von der tiefen und oberflächlichen Hornschicht gebildet wird. Die roten Papillargefäße scheinen aus der Tiefe durch. — Die Abschnitzel lassen sich sehr zweckmäßig zu einem Kontrollversuch und zur mikroskopischen Bestimmung der Schnittlage, ob man sich z. B. wirklich in der Stachelschicht befunden, verwerten.

Um zu beweisen, daß der Schweiß schon in Ruhe in tropfbar flüssiger Form, wenn auch in minimalster Menge, secerniert wird, hat Aubert [5] einen sehr hübschen Versuch angegeben: Man befestige mit einer Kompresse ein Stückchen reinen weißen Schreibpapiers auf irgend eine mit Schweißdrüsen versehene Körperstelle: Fingerbeere, Daumenballen und entferne es nach einigen Minuten. Wird das Papierstück darauf kurze Zeit in wässerige $^1/_2$% Arg. nitric.-Lösung gebracht, einige Augenblicke dem Lichte exponiert, so sieht man auf dem Papier schwarze, den Schweißporen entsprechende Pünktchen auftreten. Der Schweiß hat sich als kleinste Tröpfchen auf dem Papier niedergeschlagen. Durch das Baden in $AgNO_3$ wurde das im Schweißtröpfchen enthaltene Chlornatrium zu Silberchlorid verwandelt und im Licht (zu schwarzem Chlorür) zersetzt (Erklärung von Aubert[5]).

In Modifikation dieser Methode gelingt es leicht, in dem aus der Schweißspore heraustretenden Schweiß, speziell der Flachhand, Fett nachzuweisen. Bringt man nach Entfettung der Hautoberfläche mit Äteralkohol auf die betr. Stelle, also z. B. Fingerbeere, vorsichtig mit der Pincette ein Stückchen reinen weißen Schreibpapiers, befestigt es mit etwas entfetteter Watte, Guttaperchapapier und Binde, entfernt es nach 3—5 Stunden und badet es einige Minuten in 1% Osmiumlösung, so sieht man braune bis braunschwarze feine Linien, entsprechend den Leisten, auftreten, die sich bei näherem Zusehen als aus kleinen braunen Pünktchen zusammengesetzt erweisen. — Je nachdem das Papier nach einer bestimmten Zeit mehr oder weniger deutlich diese Zeichnung zeigt, läßt sich auch ein ungefährer Schluß auf die in der Zeiteinheit secernierte Fettmenge ziehen (siehe sub VII, Schluß).

Ich möchte damit speziell auf die Möglichkeit hingewiesen haben, dafs es vielleicht im Laufe der Zeit gelingen wird, noch andere einfache mikrochemische Methoden zur qualitativen und quantitativen Bestimmung der verschiedenen organischen und anorganischen Schweifsbestandteile, z. B. Fettsäuren, Harnstoff, Salze, etc., ausfindig zu machen, so dafs, wenigstens bei gewissen Krankheiten: akute fieberhafte Erkrankungen, Lungenphthise, Gelenkrheumatismus, Nephritis, Magenkatarrh etc., die Aufnahme eines genauen klinischen Status nicht nur von einer Untersuchung des Harnes, sondern auch des Schweifses begleitet sein müfste.

Nachdem ich die zur Anwendung gekommenen Materialien und die Methoden kurz besprochen, gehe ich auf Darstellung der einzelnen Fälle über.

B. Spezielles.

I. Reaktion der Oberhaut.

Als erstes günstiges Objekt für meine Orientierungsversuche diente mir ein Individuum, das auf Hrn. Dr. UNNAS Klinik an Hyperidrosis nasi behandelt wurde.

Da der Fall auch sonst des Interessanten bietet, so gebe ich die Krankengeschichte kurz wieder:

„S. A., 18 Jahre alt, aus Altona, Kellner, bemerkte seit ca. 6 Wochen auffallend starkes Schwitzen an der Nase. Dasselbe soll sich an eine Entzündung derselben angeschlossen haben, die auf ärztlich verordnete Einreibung mit einer Salbe verschwunden sei.

Auf der im übrigen normalen Haut der knorpeligen Nase treten bei der geringsten körperlichen Anstrengung, psychischer Erregung, beim Eintreten aus der Kälte in ein warmes Zimmer etc. dicht gedrängt isolierte Schweifstropfen auf, die nach dem Abwischen sofort wieder erscheinen. Sie sind farblos, klar, hinterlassen auf dem Papier keine Fettflecken. — Das Schwitzen ist nur auf den knorpeligen Teil der Nase beschränkt, die rechte Seite anscheinend etwas intensiver befallen. — Das Gesicht bietet sonst keine Abnormitäten dar: keine nervösen Druckpunkte, keine sensiblen oder motorischen Veränderungen, keine Pupillendifferenzen, keine accommodatorischen oder reflektorischen Pupillenstörungen, kein Exophthalmus, keine Struma. Auch am übrigen Körper ist nichts Pathologisches nachweisbar; keine nervösen Allgemeinsymptome, Intelligenz normal, keinerlei hereditäre Belastung.“

Nach Reinigung der Nase (s. Methodologisches) brachte ich den Patienten durch eine kleine Anstrengung: Treppenlaufen, Heben eines Stuhles etc., zum Schwitzen. Die einzelnen Schweifstropfen wurden mit der Mikrosyrinx auf Reagenzpapier placiert. Rotes Lackmuspapier wurde gebläut, gelbes Kampechepapier gerötet, der Nasenschweifs reagierte also alkalisch!

Ich wiederholte den Versuch beim gleichen Individuum unter gleichen Kautelen am folgenden Morgen früh (den ersten hatte ich mittags angestellt). Der aufgefangene Schweifs reagierte amphoter: sowohl gelbes als rotes Kampechepapier gab einen Ausschlag. Ich nahm den Versuch später noch

zu den verschiedensten Tageszeiten vor. Resultat: am Morgen schwach alkalische oder amphotere Reaktion; gegen Mittag und Abend zunehmende Alkaleszenz. Nie erhielt ich saure Reaktion; nie war eine Differenz in der Reaktion einzelner benachbarter Schweifsperlen nachzuweisen. — Wegen des eigentümlichen Verhaltens der Schweifssekretion dieses Patienten nach Pilokarpininjektion verweise ich auf VI: Einwirkung des Pilokarpins auf die Schweifsreaktion.

Ein interessanter Befund ergab sich beim direkten Aufpinseln einer neutralen blauvioletten Alkannalösung auf das Gesicht. Blaurot schimmerten die Nasenflügel, hochrot wurde das Reagenz an den übrigen Teilen des Gesichts verfärbt. Also bis auf die alkalisch schwitzende Nase reagierte das Gesicht sauer!

Ich modifizierte den Versuch, indem ich zuerst mit der Mikrosyrinx die einzelnen Schweifstropfen von Nase und Stirn auffing und auf Reagenzpapier deponierte, dann das Gesicht anpinselte und die erhaltenen Resultate verglich. Sauer reagierte der Stirnschweifs, sauer, d. h. rot, war auch die Stirn durch die blaue Alkannatinktur verfärbt; schwach alkalisch reagierte der Nasenschweifs, blaurot strahlte auch die Nase, d. h. deren knorpeliger Teil. — Der übrige nicht schwitzende Teil des Gesichts war ebenfalls rot verfärbt, reagierte also auch sauer.

Die Experimente mit Phenolphtaleinlösung wiederholt, bestätigten diesen Befund. Das Gesicht, mit einer neutralen (farblosen) Lösung überpinselt, gab bis auf die schwach rötlich sich färbende Nase keinen Ausschlag. Alkalische rote Lösung dagegen wurde bis auf die Nase entfärbt, zeigte also saure Reaktion der Gesichtshaut an.

Dafs dabei äufsere Momente, z. B. in der Luft des Laboratoriums allfällig vorkommende Säuredämpfe, keinen wesentlichen Einfluſs auf dieses Resultat ausüben konnten, war durch den einfachen Versuch auszuschliefsen, dafs Phenolphtaleinlösung, auf mit Ätheralkohol und destilliertem Wasser gut gereinigte Glasplatten gepinselt und der Luft ausgesetzt, innerhalb einer halben Stunde keine Entfärbung zeigte.

Pinselt man die wohlgereinigte Haut eines gesunden, ruhenden, d. h. nicht schwitzenden Menschen in dünner Schicht mit roter, alkalischer Phenolphtaleinlösung an, so wird dieselbe überall mehr oder weniger schnell entfärbt. Neutrale, d. h. farblose, Phenolphtaleinlösung wird dagegen nicht gerötet. — Entsprechende Resultate erhält man mit anderen Reagentien. Kontrollversuche, mit den verschiedensten Reagentien und an den verschiedensten Personen ausgeführt, ergaben stets das gleiche Resultat: Die gesamte Hautoberfläche des gesunden Menschen reagiert, wenn auch in verschiedener Intensität, sauer.

Aus der rascher oder langsamer eintretenden Entfärbung des Reagenz durch die Oberhaut läfst sich ein Rückschluſs auf die an der betreffenden

Stelle herrschende Acidität ziehen. Stärker saure Gegenden entfärben rotes Phenolphtalein rascher, als schwächer saure. Gab mir diese Methode auch keinen Aufschluſs über die absolute Säuremenge, so war sie doch zur Bestimmung des relativen Säureverhältnisses zwischen benachbarten Körperstellen sehr brauchbar. Dies genügte mir einstweilen für meine Zwecke vollständig.

Folgende Vorsichtsmaſsregeln hat man bei einem solchen Versuch besonders zu beachten. Erstens muſs die Alkaleszenz des Reagenz möglichst dem mittleren Säuregrad, d. h. der durchschnittlichen Acidität der betreffenden Körpergegend oder des Gesamtkörpers angepaſst sein. Ist das Phenolphtaleinrot zu schwach alkalisch, so wird es durch schwächer saure Stellen ebenso rasch entfärbt, wie durch stärker saure; es treten daher die feineren Unterschiede besonders zwischen stärker sauren Partien nicht oder nur undeutlich hervor. Reagiert dagegen die Lösung zu stark alkalisch, so genügt höchstens noch die in den intensiv sauren Gegenden enthaltene Acidität zu deren Neutralisierung, während an den weniger sauren Hautregionen die Reaktion sehr spät oder gar nicht mehr eintritt. — Wollen wir daher bei einem Individuum die einzelnen Körperteile auf Acidität vergleichend untersuchen, so muſs der eigentlichen Untersuchung eine ungefähre Bestimmung der mittleren Oberhautacidität vorangehen. Dazu ist die Handgelenksgegend sehr passend. Eine alkalische Phenolphtaleinlösung, die, auf die Handbeuge gepinselt, sich innerhalb 4—6 Sekunden entfärbt, scheint mir als Durchschnittsreagenz für das betreffende Individuum zur Untersuchung geeignet.

Rücksicht hat man bei der Alkalisierung des Reagenz ferner darauf zu nehmen, daſs einzelne Individuen viel „saurer“ als andere reagieren, z. B. kräftige Männer im allgemeinen saurer, als Kinder, Frauen. Wie sich das Säureverhältnis auf die einzelnen Lebensalter, auf Geschlecht, Konstitution etc. verteilt, was für Umstände dabei mitspielen, wage ich nicht zu entscheiden, da das bis jetzt daraufhin untersuchte Material an Zahl zu gering ist.

Für gewöhnlich kam ich, wie erwähnt, mit einer Lösung von 10—15 Tropfen offizieller Kalilauge (15%) auf 10,0—15,0 1% spirituösem Phenolphtalein, also mit 0,5—0,7% Alkalizusatz, aus. Durch tropfenweises Zufügen von neutraler Phenolphtaleinlösung oder Kalilauge hat man es in der Hand, die Alkaleszenz des Reagenz nach Bedarf abzustufen.

Im weiteren muſs man sich hüten, beim Reinigen der Untersuchungsstelle durch zu starkes Reiben eine Verletzung der Hornschicht oder ein stärkeres Bloſslegen der tieferen Hornzellenlagen herbeizuführen, da auch dadurch (wie ich noch zeigen werde) das Resultat getrübt werden kann.

Oft fand ich bei einzelnen Personen zu verschiedenen Zeiten Differenzen in der Acidität ein und derselben Hautstelle, wodurch natürlich

das Verhältnis zu den anderen Regionen sich verwischen muſs. Die Streckseite der Vorderarme z. B. reagiert meist etwas saurer, als die Beugeseite. In vielen Fällen ist jedoch nicht nur kein Unterschied nachweisbar, es kann sogar eine Inversion stattfinden, die Beugeseite saurer als die Streckseite sein.

Im groſsen und ganzen dürfte jedoch beim normalen Menschen das Säureverhältnis der einzelnen Hautstellen den beigegebenen Schemas (s. Tafel) entsprechen. An den dunkelroten Stellen herrscht gewöhnlich stark saure Reaktion, die heller roten Partien entsprechen den schwächer sauren, also das Phenolphtaleinrot langsamer entfärbenden Stellen.

Im allgemeinen bleibt das Aciditätsverhältnis zwischen den einzelnen Körpergegenden, also die relative Acidität, ziemlich konstant. So fand ich bei öfters vorgenommenen vergleichenden Untersuchungen zwischen „chemisch reinen", d. h. nach obiger Methode gewaschenen und nur oberflächlich mit etwas Ätheralkohol gereinigten Hautstellen, daſs zwar die absolute Acidität verändert, d. h. daſs die Acidität an den ungewaschenen Körperpartien meist erhöht ist, daſs aber bis auf gewisse Gegenden: Capillitium, Axilla, Palma, Planta, Interdigitalfalten die relative Acidität nicht wesentlich verändert ist, weshalb man in pathologischen Fällen, wo es doch hauptsächlich nur darauf ankommt, eine Differenz in der Acidität zwischen der erkrankten Stelle und der gesunden Umgebung festzustellen, auf eine oberflächliche Reinigung mit etwas Ätheralkohol sich beschränken kann.

Gröſseren Schwankungen ist die absolute Acidität der Oberhaut unterworfen. Abgesehen davon, daſs diese schon unter den einzelnen Individuen die gröſsten Verschiedenheiten bietet (schwindet z. B. rote Phenolphtaleinlösung, einem schwächlichen Kinde aufgepinselt, nach 10—15 Sek., so kann bei einem kräftigen Manne, die gleiche Lösung an gleicher Stelle aufgepinselt, schon nach 3—5 Sekunden entfärbt werden), so zeigt sie auch bei der gleichen Person je nach Tageszeit, Temperatur, nach starker körperlicher Anstrengung, Differenzen. Nach einem warmen Bade z. B. reagiert der Körper viel schwächer sauer.

II. Reaktion der Nägel und Haare.

Um die Reaktion der eigentlichen Horngebilde: Nägel und Haare festzustellen, modifizierte ich die Methode auf folgende Weise:

Nachdem der Fingernagel und dessen Umgebung mit Wasser und Ätheralkohol gereinigt, wurden davon feinste Späne direkt in ein unterliegendes Uhrschälchen mit Reagenzlösung geschabt. Rote alkalische Kampecheholzlösung wurde allmählich (innerhalb 30—40 Minuten) rotgelb und orange, während ein Kontrollschälchen mit dem gleichen Reagenz keine Veränderung zeigte.

Brachte ich Nagelspäne direkt in bläuliche Alkannalösung, so trat allmählich eine violette bis rötliche Verfärbung auf. Alkaliindikatoren blieben unverändert.

Die Hornsubstanz des Nagels zeigt also aufserordentlich schwach saure Reaktion. Worauf diese Acidität beruht, ob z. B. durch geringe Spuren aus dem Keratin in der Flüssigkeit freiwerdenden Schwefelwasserstoffes bedingt, wage ich nicht zu entscheiden.

Schwieriger fiel mir, die Haare auf ihre Reaktion zu untersuchen. Brachte ich abgeschnittene Kopfhaare zur Entfettung in Ätheralkohol und untersuchte dann, so erhielt ich keinen Ausschlag, während die vorher neutrale Waschflüssigkeit leicht sauer reagierte.

Ich wusch daher die Haare nur ganz oberflächlich mit Ätheralkohol und brachte sie dann in rote Kampecheholzlösung. Dieselbe nahm allmählich orangerote Farbe an. Mit gelber neutraler Kampecheholzlösung erhielt ich keine Verfärbung. Sauer reagierten also auch die Haare.

III. Reaktion der tiefen Hornschichten.

Schon bei meinen früheren Versuchen war mir anläfslich des Reinigens der Haut aufgefallen, dafs Stellen, die ich tüchtig gerieben hatte, saurer als andere, weniger geriebene, reagierten. Dafs die durch die mechanische Reizung hervorgerufene Hyperämie nicht die Ursache der erhöhten Acidität sein konnte, liefs sich dadurch beweisen, dafs Stellen, die durch Aufdrücken eines mit heifsem Wasser gefüllten Reagenzglases hyperämisch gemacht worden, sich reaktiv nicht verschieden von der nicht hyperämischen Umgebung verhielten. Dagegen zeigte eine Stelle, die nach vorhergehender Reinigung mit neutraler Watte tüchtig gerieben worden, auch nachdem die Hyperämie verschwunden war, eine deutlich erhöhte Acidität. Noch klarer und einfacher gestaltete sich der Versuch, wenn ich mit einem Rasiermesser an irgend einer Körperpartie, z. B. Fingerspitze, die oberflächliche Hornschicht flach abtrug. Soweit die tiefere Hornschicht bloſslag, wurde aufgepinseltes Phenolphtalein viel rascher entfärbt, als auf der normalen Oberfläche. Die Unterseite des Abschnitzels reagierte ebenfalls saurer als dessen Oberseite.

Wird das Reiben der Haut längere Zeit energisch fortgesetzt, so kommt eine glänzende, feuchte, leicht schmerzhafte Fläche zum Vorschein, die basale Hornschicht. Pinselt man hier Phenolphtalein auf (was mit alkoholischer Lösung ziemlich schmerzhaft ist), so sieht man fast sofort eine Entfärbung des alkalischen Reagenz auftreten. Die Hornschicht reagiert also nicht nur an ihrer Oberfläche, sondern bis in ihre tiefsten Lagen sauer, und zwar in mit der Tiefe zunehmender Intensität.

IV. Reaktion der Stachelschicht.

Das Nächstliegende war nun die Beantwortung der Frage: Wie tief geht die Acidität der Haut? Reagiert vielleicht auch die Stachelschicht sauer?

Durch die Freundlichkeit von Hrn. Dr. FRÄNKEL, Prosektor am hiesigen „Neuen allgemeinen Krankenhause", war ich in der Lage, meine ersten diesbezüglichen Untersuchungen an der Leiche eines kurz vorher an Croup verstorbenen Kindes anzustellen. Durch verschiedene Flach- und Vertikalschnitte mit dem Rasiermesser legte ich teils nur die tieferen Hornschichten der Haut, als auch Stachelschicht und Cutis blofs. Pinselte ich Reagenzlösung vorsichtig auf die Schnittfläche, so erhielt ich saure Reaktion der Hornschicht, saure Reaktion der Stachelschicht, alkalische Reaktion der Cutis. In scharfer Linie setzte sich z. B. bei Vertikalschnitten und Bepinselung mit neutraler Kampecheholztinktur die gelbe (saure) Horn- und Stachelschicht von der roten (alkalischen) Cutis ab. Noch instruktiver gestaltete sich das Bild, als ich auf Anraten von Hrn. Dr. UNNA Flachschnitte durch die Haut machte und die Abschnitzel auf wohlgereinigtem Objektträger unter das Mikroskop brachte. Träufelte ich nun einige Tropfen Kampecheholztinktur auf den Schnitt, so hoben sich deutlich die roten (alkalischen) Papillendurchschnitte von der gelben (sauren) netzförmigen Zeichnung der Stachelschicht ab. Die charakteristische Färbung schwand schon nach wenigen Augenblicken und war gewöhnlich am gleichen Präparat auch durch erneutes Aufträufeln von Reagenzlösung nicht mehr zu erhalten.

Einwurfsfreier lassen sich diese Versuche am Lebenden anstellen. Macht man vorsichtig mit dem Rasiermesser durch die Haut, z. B. der Fingerknöchel (die Fingerspitzen eignen sich weniger wegen der tiefer interpapillaren Einsenkungen), Flachschnitte, so dafs die Papillargefäfse als rote Pünktchen durch die tiefste Stachelschichtlage durchschimmern (die Schnittfläche darf aber nicht bluten!) und betupft dieselbe vorsichtig mit Reagenzlösung, z. B. rotem alkalischen Phenolphtalein, so tritt an dieser Stelle fast sofort eine Entfärbung auf. Auch die Unterseite des Abschnittes selbst reagiert intensiv sauer. Dafs ich mich wirklich in der Stachelschicht befunden, liefs sich durch mikroskopische Untersuchung des Abschnitzels leicht nachweisen. Saure Reaktion herrscht also nicht nur in der Hornschicht, sondern auch in der Stachelschicht. Das Darunterliegende, die Cutis, reagiert alkalisch.

Die Reaktion der tiefsten Stachelschichtlagen, wo (am Lebenden) neutrale, vielleicht sogar alkalische Reaktion zu erwarten ist, gelang mir bis dato trotz einiger dahinzielender Versuche nicht, mit genügender Sicherheit am lebenden Menschen festzustellen. An der Leiche selbst herrscht, wie wir gesehen, auch in den tiefen Stachelschichtlagen saure

Reaktion. Doch hat hier natürlich jede Cirkulation alkalischer Lymphe aufgehört.

V. Reaktion des Schweifses.

Betrachtet man eine mit stark alkalischer Phenolphtaleinlösung überpinselte Stelle der Palma genauer, so sieht man die rote Farbe zuerst auf der Höhe der Leisten verschwinden, während die dazwischenliegenden Furchen noch längere Zeit rot gefärbt bleiben. — Dafs es sich hier nicht allein um eine reichlichere Ansammlung von Reagenz in den Furchen und dadurch verlangsamte Reaktion handeln kann, dafür spricht folgender Versuch. Legt man während 1—3 Sekunden die mit destilliertem Wasser leicht angefeuchtete Hand auf rotes Phenolphtaleinpapier, so erhält man, falls rechtzeitig abgehoben, einen zierlichen Abdruck der Rillen und Vertiefungen der Flachhand. Die roten Linien entsprechen den Furchen, die dazwischenliegenden entfärbten den Leisten.

Plastischer gestaltet sich das Bild beim Gelatineglasplattenversuch, noch deutlicher mit Reagenzkitt (s. Methodologisches), den man während 1—3 Sekunden auf die betr. Stelle preſst. Das Cliché bietet dann ein getreues Negativ der feineren Gestaltung der Hautstelle. Entfernt man den Kitt im richtigen Zeitpunkt, so sieht man zwischen roten Leisten noch schwach rötlich gefärbte, den Rillen entsprechende Furchen, von denen sich wieder in Reihen geordnete feinste, nadelspitzgroſse, farblose, d. h. die gelbbraune Kittfarbe zeigende Höckerchen abheben. Dieselben entsprechen der trichterförmigen Ausmündung der Schweifsporen, an welcher Stelle also gewöhnlich die stärkste saure Reaktion herrschen muſs, während in der Umgebung und besonders in den Furchen die vorhandene Acidität zu gering ist, um ebensoschnell eine Entfärbung herbeizuführen. Läſst man die Hand nur wenig länger im Kontakt mit dem Reagenzkörper, so ist derselbe ganz entfärbt; zu kurz, so hat noch keine Differenzierung stattgefunden.

Überpinselt man eine mit Schweifsdrüsen reichlich versehene Stelle, die vorher durch leichtes Erwärmen zu mäfsiger Transpiration gebracht worden, z. B. Daumenballen, 2—3 mal nacheinander mit stark alkalischer (0,5—0,7%) Phenolphtaleinlösung, so dafs auch nach dem Eintrocknen die Röte nicht zu schnell verschwindet, und betrachtet nun die anscheinend diffus rote Stelle genauer, event. mit der Lupe, so bietet sich folgendes überraschende Bild dem Auge. Zwischen den tiefroten Furchen heben sich auf der Höhe der etwas heller gefärbten Leisten die Schweifsdrüsenmündungen als dunkelrote Punkte ab. Diese tiefe Färbung ist dadurch verursacht, dafs hier, sowie in den Furchen das Reagenz in gröfserer Menge sich ansammeln konnte. Nach 1—2 Minuten ändert sich das Aussehen. Bald hier, bald dort, mitten aus der Reihe heraus, wechselt wie mit einem Schlage ein roter Punkt nach dem anderen seine Farbe: die Schweifspore,

resp. das heraustretende Schweifströpfchen hat sich entfärbt, während die Umgebung noch rötliche Tinktion zeigt. Allmählich verschmelzen die farblosen Punkte mit der immer blasser werdenden Umgebung; zuletzt verlieren die Furchen ihre rote Färbung. — Nicht so prompt, aber ebenso instruktiv tritt die Erscheinung dann auf, wenn die Reagenzlösung auf nicht transpirierende kalte Haut aufgepinselt wird. Nur allmählich, innerhalb 2—3 Minuten, heben sich die weifsen Schweifsporenpunkte von der roten Umgebung ab.

Ich habe diesen Versuch bei mir und anderen Personen zu den verschiedensten Zeiten auch mit anderen Reagentien wiederholt; das Resultat blieb sich stets das gleiche: Der Schweifs des ruhenden Menschen reagiert beim Austritt aus der Schweifspore sauer. — Der Versuch ist so einfach und giebt jederzeit so sichere Resultate, dafs man ihn mit Fug als Vorlesungsversuch zur Demonstration eines wichtigen Prinzipes empfehlen kann.

Dafs Schweifs auch in Ruhe in tropfbar flüssiger Form aus den Schweifsporen ausgeschieden wird, läfst sich am besten durch den Aubert-schen $AgNO_3$ Versuch (siehe Methodologisches) beweisen.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Hamburger ärztlicher Verein.

Sitzung vom 8. März 1892.

Herr Arning demonstriert seine Patientin mit **Pseudoleukaemie** welche er auf dem Kongrefs der dermatologischen Gesellschaft in Leipzig Sept. 1891 vorgestellt hatte. Die an der Nasenspitze, dem Augenwinkel, der Wange, in der Schleimhaut der Unterlippe und des harten Gaumens sitzenden derben, durchscheinenden Knötchen sind stark zurückgegangen. Auch die in der Cutis der Arme sitzenden zahlreichen Tumoren sind verkleinert. Milz hat ebenfalls an Gröfse abgenommen. Vortragender wird mit den grofsen Arsendosen fortfahren.

Sitzung vom 22. März 1892.

Herr Louis Philippson stellt aus Unnas Privatklinik eine Patientin vor mit **Pigmentanomalien.** Die ganze Haut des Körpers ist diffus hellbräunlich pigmentiert. Aufserdem finden sich unregelmäfsig über den ganzen Körper zerstreut: zahlreiche, kleinste bis linsengrofse, dunkelbraun pigmentierte Flecke, ferner mehrere bis haselnufsgrofse Tumoren auf der Rückenfläche und auf den Armen und Beinen. Die Tumoren von weicher Konsistenz, an Hauthernien erinnernd, bestehen mikroskopisch aus weitmaschigem Bindegewebe der mittleren und unteren Cutispartien, ähnlich den Lymphangiomen. Vortragender erinnert an die ebenfalls mit Pigmentanomalien verlaufende Xerodermia pigmentosa. Bei dieser Krankheit sind aber besonders Gesicht,

Hände etc. befallen; die bei X. pigm. vorkommenden Hautatrophien, Teleangiektasien und Störungen des Allgemeinbefindens fehlen in dem vorgestellten Fall vollständig.

Herr Unna hält seinen Vortrag (mit mikroskopischen Demonstrationen): **Wie heilt ein Syphilid unter Quecksilbergebrauch?**

Dem Vortragenden lieferte das Material zu dieser Studie ein bisher noch unbehandeltes, über die ganze Haut verbreitetes papulöses Syphilid. Vor der Behandlung wurden Papeln excidiert und nach Einleitung der Schmierkur von 8 zu 8 Tagen wiederum welche. Die syphilitische Papel ist nicht eine Rundzellenansammlung, wie in allen Lehrbüchern zu lesen ist; sondern sie ist zusammengesetzt aus Plasmazellen, sehr resistenten Gebilden, weshalb alle Syphilide Reste in der Haut hinterlassen. Makroskopisch nachweisbar ist der Sitz dieser Reste 1. bei Temperaturwechsel, 2. dadurch, dafs man mit einem Glaskompressor das Blut aus der Haut wegdrückt. Der Sitz der Papel ist dann kenntlich durch eine gelbbräunliche Verfärbung der sonst ganz weifsen Haut. Die Kupfer- resp. Schinkenfarbe der Syphilide setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, 1. aus den bräunlich durchscheinenden Plasmazellen, 2. aus der Blutfarbe. Schimmert das Blut bläulich aus den unteren Lagen durch, so entsteht die Kupferfarbe; verhindert gröfserer Gehalt an fibrillärem Gewebe das Durchschimmern aus der Tiefe, so entsteht die Schinkenfarbe. Man kann 3 Stadien des Verschwindens der Papel unter Hg-Gebrauch unterscheiden. 1. Schrumpfung der Papel (meist schon nach 8 Tagen), 2. langsameres Verschwinden der Papel (2—3—6—8 Wochen), 3. anscheinende Heilung der Papel; der Sitz der Papel ist nur zu konstatieren durch Wegdrücken des Blutes. Mikroskopisch ist das erste Stadium (also nach 8 Tagen) dadurch charakterisiert, dafs der Ernährungsapparat: Ödem, Gefäfse, Lymphgefäfse, sich verkleinert hat. Plasmazellen noch unverändert (dann ist die Papel dem tuberkulösen Gewebe sehr ähnlich). Im zweiten Stadium treten an den Plasmazellen unter der Hg-Wirkung Degenerationszustände auf: in einer merkwürdigen Abbröckelung der Plasmazellen bestehend. Die abgebröckelten Plasmamassen, in den Lymphspalten liegend, werden zum Teile von den Riesenzellen aufgenommen. Die Lymphspalten der Cutis und Epidermis können mit diesen abgebröckelten Plasma vollgepropft sein. Im dritten Stadium, bei welchem nur noch ein Pigmentfleck wahrnehmbar ist, besteht der Rest der Papel im wesentlichen aus noch reichlich vorhandenen Plasmazellenresten. Der Pigmentfleck besteht nicht, wie zu vermuten wäre, aus Pigment, sondern die bräunliche Verfärbung ist bedingt durch die bräunlich durchscheinenden Plasmareste. Die syphilitische Plasmazelle ist also eine sehr langlebige Zelle und durchaus nicht hinfällig, wie noch häufig behauptet wird.

Herr Arning fragt, ob Herr Unna glaube, dafs die Involution der syphilitischen Papel in spezifischer Weise durch die Einwirkung des Hg bedingt werde oder spontan ebenso ablaufe. Zweitens betont er, dafs die Schleimhautpapeln niemals Pigmentflecke hinterlassen.

Herr Unna hält ebenso wie Herr Arning die Involution unter Hg nicht für eine spezifische, sondern auch dem spontanen Verlauf zukommende. Die gelbbräunliche Farbe der Schleimhautpapeln sei schwer zu erkennen wegen des grofsen Blutreichtums. Er glaubt, dafs sich auch hier ebenso wie in der Haut Plasmazellenreste nach der Abheilung finden werden. Er betont nochmals ausdrücklich, dafs die bräunliche Verfärbung der abgeheilten Papeln an sich nichts mit Pigment zu thun hat. Dort wo die Papel gesessen hat, fehlt das normale Pigment im Gegenteile öfters. Die bräunliche Verfärbung ist eine optische Erscheinung, bedingt durch die bräunlich durchscheinenden, aber absolut pigmentlosen Plasmazellenreste. Wo wirkliche Pigmentierung bei Syphiliden vorkomme, sei sie ein davon ganz unabhängiger Prozefs.

Herr Alex. Philippson: Neumann hat in den frischen Papeln Bindegewebe und

Rundzellenansammlung nachgewiesen; nach 3 Monaten seien nur noch Bindegewebszellenansammlungen, und diese in geringer Zahl vorhanden gewesen, was mit Unnas Plasmazellenbefund im Widerspruch steht. Den Pigmentmangel in der Papel erkläre er sich dadurch, dafs der normale Aufstieg des Pigments durch den syphilitischen Prozefs abgeschnitten sei. Hierdurch erkläre sich auch das Leukoderma. Über das Fehlen der Schleimhautverfärbung ist Ph. geneigt, sich U.s Erklärung anzuschliefsen.

Unna hebt hervor, dafs im 3. Stadium die Plasmazellenreste immer noch reichlich seien, aber die Zahl der Plasmazellen sei gegenüber der im 1. und 2. Stadium eine bedeutend geringere. *Neebe-Hamburg.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1892, Heft 2.
Referent: Dr. Carl Berliner-Aachen.

I. **Zur Kenntnis von der Entwickelung und Wanderung des Pigments bei den Amphibien**, von Dr. Ehrmann. In einer früheren Arbeit „Über die Physiologie und Pathologie des Hautpigments" (Archiv 1885—86) hatte Verfasser behauptet: 1. dafs das Pigment der Amphibien in der Umgebung der Gefäfse gebildet werde; 2. dafs in der Epidermis kein Pigment gebildet werde, sondern dafs dasselbe aus dem Corium resp. dem Bindegewebe in die Epidermis aufsteigt, 3. dafs das Material zur Pigmentbildung aus dem Blute stamme und wahrscheinlich das Hämoglobin sei, welches in den Zellen mit Zuhülfenahme der Thätigkeit des lebenden Protoplasmas zu körnigem Pigment verarbeitet werde; 4. dafs das Hinaufschaffen des Pigments durch rhomboide Zellen vor sich gehe.

Im Archiv 1891 war Jarisch bei seinen Untersuchungen „Über die Anatomie und Entwickelung des Oberhautpigmentes beim Frosche" zu Resultaten gelangt, welche sich mit den eben erwähnten Behauptungen Ehrmanns nicht in Einklang bringen liefsen, ja geeignet waren, dieselben zu erschüttern. Unter anderem behauptete Jarisch, das Pigment könne nicht in der Cutis und auch nicht aus dem Blute entstehen, da dasselbe im Froschembryo in der ersten Anlage der Epidermis schon zu einer Zeit sich vorfinde, wo noch kein rotes Blut und keine Cutis vorhanden wäre. Dem gegenüber erwidert Verfasser: „Das reife Froschei ist schon im mütterlichen Ovarium pigmentiert, das Pigment verläfst in dem befruchteten Froschei das Ovarium; es sammelt sich, wenn der Froschlaich im Wasser sich befindet, an der oberen, der Sonne zugewendeten Seite des Eies an, also gerade dort, wo der Embryo sich anlegt. Das Pigment ist zunächst auf allen Furchungskugeln verteilt, sammelt sich aber später in der zuerst differenzierten Anlage der Epidermis an. Dieses Pigment stammt also offenbar aus dem mütterlichen Blute". (S. 197.) Somit wird auch der Froschlarvenzahn, der eine embryonale hornige Bildung, eine Bildung der Epidermis ist, sein Pigment dem mütterlichen Organismus entnehmen. Umgekehrt erfolgt bei einem geschwänzten Amphibium, dessen Embryo sich aus nicht pigmentiertem Ei entwickelt, die Pigmentierung erst dann, wenn Blut gebildet ist, und zwar von innen nach aufsen, d. h. zuerst sind die unter der Epidermis gelegenen spindelförmigen, später verzweigten Zellen pigmentiert, und es dauert lange Zeit, bis auch in die Epidermiszellen Pigment kommt.

Verfasser resumiert seine Widerlegungen gegen Jarischs Schlufsfolgerungen in nachstehenden Sätzen:

1. Das erste Oberhautpigment der Froschlarven wird nicht neu gebildet, sondern mit dem Ei aus dem Eierstocke der Mutter mitgenommen und entstammt wohl dem mütterlichen Blute. Es ist durchaus unbewiesen, dafs es kein Abkömmling des Blutfarbstoffes ist.

2. Die Pigmentation des Integuments erfolgt bei jenen Amphibien, die pigmentlose Eier haben, von innen nach aufsen, beim Frosche erfolgt sie in der ersten Periode scheinbar von aufsen nach innen, weil das aus dem mütterlichen Organismus in den Embryo hinübergenommene Pigment sich in der Epidermis anhäuft, und das neu entstandene Pigment erst später in der Cutis sich bildet.

3. Eine bisher nicht bestimmbare Zahl verästelter Pigmentzellen der Oberhaut kann möglicherweise durch Umwandlung der Elemente des Ektoderms entstehen; für eine sehr grofse Anzahl ist es höchst wahrscheinlich, nahezu sicher, dafs sie in die Epidermis einwandern oder einwachsen.

4. Das Pigment der Larvenzähne ist identisch mit dem körnigen Pigmente der Oberhautelemente. (Verfasser stimmt in diesem Punkte mit Jarisch überein.)

5. Das Pigment der Larvenzähne ist dasselbe, wie das erste Pigment der Epidermisanlage beim Frosche überhaupt und stammt aus dem Blute des mütterlichen Organismus. Für die Annahme eines anderen Bildungsmodus ist absolut kein Grund vorhanden.

6. Aus dem Dotterplättchen kann sich ein pigmentierter Körper bilden, aber das Pigment der Oberhaut verdankt, wenn überhaupt, so nur zum geringsten Teile diesem Vorgange seinen Ursprung. —

Bezüglich des Pigments beim Erwachsenen meint Verfasser:

1. Die topographischen Beziehungen der das braune Pigment tragenden Pigmentzellen zu den Blutgefäfsen, sowie das Fehlen des Pigments an jenen Stellen, die der Blutgefäfse entbehren, kann als ein wichtiges Argument für das Entstehen des Pigments aus dem Blute angesehen werden, immer vorausgesetzt, dafs es nicht blofs chemischer Thätigkeit, sondern der Thätigkeit des Chemismus des lebenden Protoplasmas bedarf, um aus dem Materiale (höchstwahrscheinlich Blutfarbstoff) körniges Pigment zu bilden.

2. Die 3 Stufen der Pigmentinfiltration müssen als Phasen der Pigmentwanderung auch weiterhin gehalten werden.

3. Die Entstehung von Pigment in der Epidermis ist durchaus unbewiesen; namentlich kann der Ausdruck „metabolische Thätigkeit" nicht als eine Erklärung für die Pigmentbildung gelten, da er eigentlich nur aussagt, dafs die Pigmentbildung in den Zellen aus Bestandteilen ihres Leibes vor sich geht, ohne Aufnahme von Material aus dem Blute. Die Entstehung allen Pigmentes der Amphibienhaut weist auf das Blut als das Material und auf die Umgebung der Blutgefäfse als die Bildungsstätte desselben hin.

II. **Über die Bildung des Pigmentes in den Oberhautzellen**, von Prof. Jarisch. Verfasser hat seine Untersuchungen an Flachschnitten vom Schwanze ca. 15—18 mm langer Tritonlarven angestellt, wobei ihm in Präparaten, welche in Platinchlorid fixiert, in Safranin gefärbt und durch salzsauren Alkohol entfärbt worden waren, das Vorhandensein leuchtend rot gefärbter Kugeln im Zellleibe auffiel. Dieselben erschienen das eine Mal vereinzelt und vom Kerne fast vollständig umschlossen, das andere Mal lagerten sie nur zum Teile in einer Einbuchtung des Kernes; endlich zeigten sie sich auch frei im Protoplasma ohne merklichen Zusammenhang mit dem Kerne. Sie bildeten entweder eine homogene Masse oder ein Konglomerat kleinerer, homogener Kugeln. Ihre Zahl belief sich häufig auf 3—5 und mehr. Als typisches Merkmal wiesen diese Kugeln regelmäfsig eine oder mehrere Lücken auf. Die Eigen-

schaften dieser Körper, ihre gleiche Färbung mit der chromatischen Substanz des Kernes, ihre räumliche Beziehung zum Kerne liefsen sofort vermuten, dafs sie dem Chromatin des Kernes nahestehen. Ähnliche, den Farbstoff aufnehmende und denselben festhaltende Bildungen beschrieb Flemming an den Lymphdrüsenzellen als „tingible Körper" und Löwit an den weifsen Blutkörperchen des Krebsblutes als „pyrenogene Körper". Jarisch hält seine Gebilde mit den Flemmingschen und Löwitschen für identisch.

Aufser den Zellen, welche diese flammend roten, kugeligen Gebilde enthalten, fand Verfasser andere, in denen Pigment sowohl in Form vereinzelter Körnchen, als auch in Form kugeliger Aggregate sich zeigte. Da diese letzteren an gewissen Segmenten das flammende Rot der pyrenogenen Körper aufweisen, da zwischen den einzelnen Pigmentkörnchen zuweilen auch die Farbe der pyrenogenen Körper hervorleuchtet, da die Pigmentkugeln häufig den Vakuolen der homogenen Kugeln analoge Lücken aufweisen, da endlich an durch Drüsenanlagen gelegten Flachschnitten die beschriebenen Bilder in kontinuierlicher Reihe von chromatischen, zum Teil noch im Kerne selbst gelagerten Klumpen bis zu den rundlichen Haufen von Pigmentkörnchen nebeneinander vorkommen, so glaubt Verfasser, gleichzeitig unter Berücksichtigung der Resultate seiner früheren Arbeiten, es als zweifellos hinstellen zu können, dafs das Oberhautpigment aus jenen roten, homogenen Kugeln, den pyrenogenen Körpern Löwits, den tingiblen Körpern Flemmings, an letzter Stelle aus einer Kernsubstanz, dem Chromatin oder einer dem Chromatin chemisch oder wenigstens räumlich nahestehenden Substanz sich entwickelt.

Bei der Vergleichung des Keratohyalins mit den chromatischen Kugeln der Oberhautzellen bei Triton- und Froschlarven spricht Verfasser zum Theil in Übereinstimmung mit Mertsching die Vermutung aus, dafs das Keratohyalin nichts Anderes sei, als das Chromatin oder ein diesem verwandter Körper, der aus dem Kerne austritt, und der nach den Untersuchungen des Verfassers die Muttersubstanz des Pigments bildet.

III. **Operationstisch und Untersuchungsstuhl für dermatologische und urologische Zwecke**, von Dr. von Sehlen. Sehlens Operationstisch resp. Untersuchungsstuhl besteht aus einem ganz aus Winkeleisen aufgebauten Untergestell und drei darüber befindlichen Platten, nämlich der Hauptplatte. Haupt- und Sitzplatte sind durch Gelenke mit dem auf dem Rahmen des Untergestelles verschiebbaren Laufbrette verbunden und lassen sich je nach Bedürfnis in beliebigen Winkeln einstellen. Die eigentliche Tischplatte (Hauptplatte) ist nicht fest mit dem Untergestell verbunden, sondern in horizontaler wie vertikaler Richtung auf demselben verstellbar. Es wird hierdurch eine grofse Vielseitigkeit und Beweglichkeit des Tisches erreicht. Je nach der Einstellung kann die Hauptplatte das eine Mal als Operationstisch, das andere Mal als Rückenlehne, und die Sitzplatte das eine Mal als Kopfende für den Operationstisch, das andere Mal als Sitzteil für den Untersuchungsstuhl dienen etc.

In zweckmäfsiger Weise sind am Untergestell Kästen zur Aufnahme der Spülflüssigkeit, der Medikamente, Instrumente etc. angebracht.

Der Preis eines derartigen, wie es scheint, sehr praktischen Tisches beläuft sich auf 100—150 M.

Wir verweisen im übrigen diejenigen Leser, welche sich Sehlens Operationstisch anfertigen lassen wollen, auf die Abbildungen im Archiv und auf die ausführliche, klare Beschreibung des Autors. (Bequemer wäre es allerdings gewesen, wenn uns von Sehlen noch den Namen und die Wohnung des Schlossers angegeben hätte, der ihm den Operationstisch genau nach seinen Intentionen und zu seiner vollsten Zufriedenheit angefertigt hat. Referent.)

4. **Zur Kasuistik des atypischen Herpes zoster**, von Dr. H. Staub. Im

vorliegenden Falle handelt es sich um ein 16jähriges, dürftig genährtes, wenig intelligentes, tuberkulös belastetes, hochgradig hysterisches Fabrikmädchen, das seit 4 Jahren an einem ulcerösen Hautausschlage auf der rechten Seite des Abdomens leidet. Als Residuen desselben findet man an abgeheilten Stellen totale Anästhesie, ausgedehnte Narbenstreifen und Pigmentationen. Das Exanthem leitet sich durch einen roten Fleck ein, auf dem später ein helles Bläschen hervorschießt; dasselbe vergrößert sich, während im Innern eine Blutung stattfindet. Einige Tage darauf trocknet das Bläschen zu einem Schorfe ein. Derselbe stößt sich unter leichter Eiterung ab und hinterläßt einen einfachen Epitheldefekt. Unmittelbar darauf oder erst nach wenigen Tagen zeigt sich die Umgebung stark infiltriert. Während die Infiltration in der Peripherie mehr und mehr um sich greift, tritt im Centrum Gangrän ein. Es kommt auf diese Weise zu mächtigen Substanzverlusten, die unter Umständen auch zur Perforation der Bauchdecke führen können. Glücklicherweise nimmt nicht jede Efflorescenz diesen Verlauf; der Prozeß kann vielmehr in jedem Stadium stillstehen, die roten Flecke können verschwinden, die eingetrockneten Bläschen sich abstoßen, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Ja selbst wenn bereits Gangrän aufgetreten ist, kann es noch zur Rückbildung und Ausheilung kommen. — Die Eruption wird meistens durch heftige, neuralgische Schmerzen eingeleitet; ebensolche Neuralgien klingen nach Ablauf des Prozesses noch einige Zeit nach.

Die Temperatur ist je nach der Intensität der Affektion mehr oder weniger gesteigert. — Die Effloreszenzen treten disseminiert und auch in Gruppen auf. — Der Verlauf ist sehr chronisch. — Die streifenförmigen, mit den vorderen Ästen der Dorsal- resp. Lumbalnerven parallel verlaufenden Narben, die charakteristische Lokalisation der Effloreszenzen im Gebiete des 8.—12. Dorsalnerven, sowie einiger Äste vom 1.—2. Paare des Plexus lumbalis, die Neuralgie, endlich die Sensibilitätsstörungen an den erkrankten Partien lassen den Zusammenhang zwischen der Hautaffektion und dem Nervensystem als zweifellos erscheinen.

Für die Diagnose Herpes zoster sprechen ferner die akut auftretenden Bläschengruppen. Bemerkenswert bei dem vorliegenden Falle sind die Beziehungen desselben zur Menstruation. Fast mit jeder Periode konnte eine sehr beträchtliche Steigerung der Temperatur als Einleitung einer neuen Eruption oder eines stärkeren Umsichgreifens von schon bestehenden Geschwüren beobachtet werden.

Atypisch ist ferner die lange Dauer, das mehrfache Rezidivieren der Krankheit, die Bildung von Narbenkeloiden bei der schweren, gangränösen Form.

Was die Ätiologie betrifft, so neigt Verfasser zur Ansicht derjenigen Autoren, welche, wie Weigert und Lesser, an eine primäre, unter dem Einflusse einer nervösen Störung stehende Zellennekrose im Rete Malpighii glauben, oder wie Vulpian die Zostereffloreszenzen als die Folge einer Sistierung nervöser Funktionen auffassen.

In den meisten Fällen trifft die Erkrankung den peripheren Nerven, seltener liegt sie im Cerebrospinalsystem, d. h. in den dort liegenden trophischen Centren und Bahnen.

Man kann sich mit dem Verfasser den Prozeß folgendermaßen vorstellen. Infolge einer Läsion des peripheren Nervenendes tritt Hyperämie (roter Fleck), Reizung des Nerven (Hyperästhesie, Neuralgie) auf. Kommt es zur Degeneration des peripheren Nervenendes, so tritt Leitungsunvermögen ein (Herabsetzung der Sensibilität bis zu völliger Anästhesie). Dies ist der Zeitpunkt, wo die Effloreszenzen auf der Haut zum Vorschein kommen; denn Verfasser hat bei seiner Patientin die Wahrnehmung gemacht, daß die Effloreszenzen dann hervortraten, wenn die Hyperästhesie in die Anästhesie überging. Somit wären die Zostereffloreszenzen nach Ansicht des Verfassers das Produkt des Leitungsunvermögens des peripheren Nerven.

Fälle von atypischem Herpes zoster sind in den letzten Jahren von KAPOSI (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889), LELOIR, NEUMANN, DOUTRELEPONT, KOPP publiziert worden. Sie betrafen vorwiegend das weibliche Geschlecht, namentlich junge Mädchen, von denen die meisten ausgesprochene Symptome von Hysterie zeigten. Verfasser glaubt, dafs bei diesen Fällen, wie bei seinen eigenen die Erkrankung hysterischer Natur sei. Die Therapie wird aus diesem Grunde neben der lokalen auch die Allgemeinbehandlung zu berücksichtigen haben und durch kräftige Nahrung, tonisierende Medikamente, durch Mastkuren, Hydrotherapie, Wechsel des Klimas und der Umgebung das Nervensystem mit Einschlufs der Psyche zu heben suchen. Im vorliegenden Falle besserte sich die Krankheit rasch und heilte schliefslich spontan aus, sobald die Patientin die Anstalt verlassen hatte.

V. **Über die Pityriasis rubra (HEBRA) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose**, von Dr. J. JADASSOHN. Abschnitt V. Histologische Untersuchung der Haut bei Pityriasis rubra.

Verfasser teilt in Kürze die Resultate der an Pityriasis rubra-Patienten angestellten mikroskopischen Untersuchungen aus der Litteratur mit und giebt die histologischen Befunde seiner eigenen Fälle in nachstehenden Sätzen wieder. Es fand sich:

1. eine geringe rundzellige Infiltration, die im Papillarkörper und im Stratum subpapillare am deutlichsten ist und sich vielfach in kleinen (an die Gefäfse sich anschliefsenden) Herden darstellt;

2. eine Vermehrung der Kerne der fixen Bindegewebszellen, die von der Epidermisgrenze nach unten abnimmt —, wie man sie bei allen chronisch-hyperämischen Zuständen der Haut findet;

3. ein sehr reichlicher Gehalt an Mastzellen, besonders im Papillarkörper und um die Schweifsdrüsen; dieselben sind bei der Pityriasis rubra noch nicht gefunden worden, sind aber ebenfalls bei allen Reizzuständen der Haut, oft ganz aufserordentlich, vermehrt;

4. eine sehr starke, zum Teil etwas tiefer in die Cutis reichende Ansammlung von gelbem und bräunlichem Pigment;

5. eine durch den Befund zahlreicher Mitosen sichergestellte abnorm reichliche Proliferation der Retezellen;

6. eine Verdünnung des Rete in dem vorgeschritteneren Falle;

7. eine im ganzen sehr unbedeutende, nur stellenweise etwas reichlichere Durchsetzung des Rete mit auswandernden Leukocyten;

8. eine fast überall vorhandene Verminderung und stellenweise ein fast oder ganz vollständiges Fehlen des Stratum granulosum;

9. eine Abhebung der Hornschicht in Form von Lamellen, in welchen vielfach noch färbbare Kerne vorhanden sind.

Im sechsten Abschnitte seiner Arbeit bespricht Verfasser das Wesen der Pityriasis rubra, insbesondere ihre Ätiologie, ihre Stellung im System, die Analyse der Symptome und schliefst daran einige Bemerkungen über Schuppung.

FLEISCHMANN war der erste, welcher den Gedanken aussprach, die Pityriasis rubra könnte ein trophoneurotischer Prozefs sein. AUSPITZ spricht von allgemeinen trophischen Störungen, wobei er allerdings mehr an den kachektischen Zustand der Haut als an eine direkte Einwirkung auf trophische Nerven dachte. — ELSENBERG stellte die Hypothese auf, es müsse sich bei der Pityriasis rubra um eine Infektionskrankheit handeln. UNNA hat auf Grund seiner klinischen Erfahrungen die Pityriasis rubra in vielen Fällen als Endausgang, als universelle Ausbreitung seines seborrhoischen Ekzems bezeichnet. Im allgemeinen ist man bezüglich der Ätiologie der Pityriasis

rubra seit Ferdinand Hebra, der die vollständige Unkenntnis der Ursachen dieser eigenartigen Erkrankung offen bekannt hat, nicht viel weiter gekommen.

Als wesentlichste Symptome der Krankheit führt Verfasser an:

1. Rötung, 2. Schuppung, 3. allmähliche Schrumpfung der Haut (und ihre Folgezustände: Rhagaden, Druckgeschwüre etc.), 4. eine allmählich sich ausbildende tiefe Ernährungsstörung, endlich 5. subjektive Symptome: Jucken, Kältegefühl, Spannung. Die Frage, welche Stellung im System der Hautkrankheiten die Pityriasis rubra einzunehmen habe, findet im folgenden an der Hand der obigen klinischen Symptome, des histologischen Befundes unter Berücksichtigung anderer verwandter Dermatosen eine sehr eingehende Erörterung, die Verfasser dahin resumiert:

1. Die Pityriasis rubra, deren Ätiologie uns unbekannt ist, gehört nach dem klinischen und anatomischen Befunde zu den primären Erkrankungen der Epidermis mit sekundären entzündlichen Erscheinungen im Papillarkörper.

2. Sie kann nicht, wie Auspitz und Rienecker wollten, als ein „kachektischer Prozefs der Haut" bezeichnet werden.

3. Von ihren Symptomen ist die Rötung und die Schrumpfung das unmittelbare Resultat der erwähnten entzündlichen Erscheinungen.

4. Die Schuppung ist in erster Linie bedingt durch eine vermehrte Proliferation der Retezellen und durch eine unvollkommene Entwickelung derselben. Das anatomische Substrat dieses Schuppungsprozesses unterscheidet ihn nicht von anderen mit Hyperämie einhergehenden Schuppungen.

Über den Einfluss des Lichts auf die Haut, von Fr. Hammer. (Stuttgart, 1891, Ferdinand Enke.) Wenn auch, abgesehen von einigen eigenen Versuchen, die uns schon anderweitig erhaltene Resultate bestätigen, die Arbeit wenig Neues bietet, so bringt sie doch eine sehr klare Übersicht über die betreffs der Einwirkung des Lichtes auf die Haut gekannter aber wenig bekannter Thatsachen, weshalb ich etwas eingehender an dieser Stelle über dieselbe berichten möchte.

Verfasser geht von den erforschten Thatsachen über die Beförderung des Gedeihens der Pflanzen durch das Licht und die einzelnen Komponenten desselben aus und zeigt, wie eine jede Spektralfarbe ihre spezifische Einwirkung auf dieselben entfaltet. Bei Tieren hat das Licht zwei Eingangspforten, das Auge und die Haut; auf beiden Wegen kommt der Einfluss derselben zur Geltung, wie die Versuche von Moleschott und anderer an Regenwürmern und geblendeten Tieren erwiesen haben. Die Strahlen sind auch hier nicht alle gleichwertig; diejenigen mit kürzerer Wellenlänge wirken anregender auf den Stoffwechsel, als diejenigen mit gröfserer Wellenlänge. Andere Versuche zeigten die Beeinflussung der Färbung und Zartheit der Haut durch das Licht; so geht z. B. der Farbenwechsel beim Chamäleon unter Einwirkung des Lichtes vor sich; selbst im Schlafe, in der Narkose und kurz nach dem Tode läfst es sich durch Belichtung hervorrufen. Das Licht wirkt hier zum Teil durch die Haut, zum Teil durch das Auge; Entfernung eines Auges läfst die gleichnamige Körperhälfte, Entfernung einer Hemisphäre die entgegengesetzte heller bleiben. — Des weiteren zeigt Verfasser dann, dafs Tiere eine photodermatisches Gefühl für Lichtquantität und Lichtqualität besitzen, was sich beim Menschen allerdings schwer nachweisen läfst. Dafs aber das Licht beim Menschen energisch auf die Haut einzuwirken vermag, beweisen vor allem die pathologischen Beobachtungen von Veiel, Unna u. a., dann die Fälle von Sonnenbrand. Die Erfahrungen über das Entstehen des Sonnenbrands auf Schneeflächen (Gletscherbrand) zeigt, dafs die Lichtstrahlen und nicht die Wärmestrahlen die Ursache desselben sind.

Ein wichtiger Faktor ist in diesen Fällen der Grad der Gewöhnung an Licht, da die Haut ebenso wie für eine bestimmte Temperatur bei jedem Menschen auch für eine bestimmte Lichtmenge eingestellt ist. — Bei all' diesen Vorgängen tragen die ultravioletten, chemischen Lichtstrahlen die Hauptschuld, das läfst sich am leichtesten beweisen durch Versuche mit dem an ultravioletten Strahlen sehr reichen elektrischen Licht; Beobachtungen von Maklakoff und Versuche von Wildmark haben das in unvergleichlicher Weise dargethan, und die eigenen einfach angelegten aber zweifellosen Experimente des Verfassers bestätigen das. Auch die Wärme des Lichts vermag natürlich Entzündung der Haut hervorzurufen, aber dieselbe unterscheidet sich in ganz charakteristischer Weise von der Lichteinwirkung.

Wärmewirkung.	Lichtwirkung.
Schnell eintretende Röte	Erst nach einigen Stunden entstehende Röte.
Schneller Rückgang.	Langsamer Verlauf.
Entzündung auch der nicht direkt getroffenen und der mit Heftpflaster bedeckten Teile.	Entzündung stets scharf begrenzt, nur an den direkt getroffenen und unbedeckten Teilen.
Heilt ohne Spuren.	Hinterläfst für Monate eine starke Pigmentierung.

Der Bedeutung der ultravioletten Strahlen entsprechend wirken auch diejenigen Mittel, die dieselben absorbieren resp. durch Fluorescenz in Strahlen geringerer Brechbarkeit umwandeln als sichere Prophylactica gegen den Sonnenbrand; so vor allem angesäuerte wässerige Glycerinlösung; weniger wirksam ist Chinin in Glycerin und als Salbe. Die Fette etc. sind unwirksam; dagegen Canadabalsam von Vorteil, durch Absorption der schädlichen Strahlen. Die diesbezüglichen Versuche sind sehr lehrreich und beweisend. — Verfasser erörtert dann noch die Einwirkung des Lichtes auf die Pigmentbildung (chronische Lichtwirkung) und die mit solchen einhergehenden pathologischen Prozesse, wobei er die sehr interessante Thatsache mitteilt, dafs mit Buchweizen gefütterte Tiere an den weniger pigmentierten Hautstellen einen Hautausschlag bekommen, der aber ausbleibt, wenn die Thiere im Dunkeln gehalten werden.

Die hauptsächlichsten Schlüsse des Verfassers sind: Das Erythema solare ist kein caloricum und entsteht durch intensive Einwirkung ultravioletter Lichtstrahlen; es wird am besten durch wässerige Chininlösung verhütet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Keratohyalin und Eleidin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprozefs, von Ulrich Grosse. (Inaugural-Dissertation, Königsberg i. Pr. 1892).

Nach eingehender kritischer Wiedergabe der auf diese Frage bezüglichen Arbeiten berichtet Verfasser über seine eigenen Untersuchungen der Oberhaut mittelst der verschiedensten Methoden, wobei er auch den Einfluss der verschiedenen Konservierungsmethoden auf die spätere Einwirkung der Farbstoffe einer Prüfung unterzieht.

Verfasser wandte die Buzzische Nigrosinfärbung mit Erfolg an, konnte aber mit der Alkannatinktur keine brauchbare Bilder erziehen; als Mittel, welches die färbbare Substanz des Stratum lucidum und die Körnchen im Stratum granulosum vorzüglich differenziert, indem es letztere dunkelblau, erstere leuchtend rosenrot färbt, empfiehlt er die Doppelfärbung mit Eosin-Dahlia von Schiefferdecker. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist, dafs die Tropfen im Stratum lucidum und die Körner im Stratum granulosum nicht aus derselben Substanz bestehen. Über das Verhältnis dieser Substanzen, des Keratohyalin und Eleidin, zum Verhornungsprozefs giebt Verfasser die Ansicht Zanders, der zu seiner Arbeit die Anregung gegeben, ungefähr folgendermafsen wieder: Unter Einfluſs einer mangelhaften Ernährung tritt in den Epithelialzellen eine Aufquellung und ein Verschwinden der Zellkerne ein, der Zellinhalt verflüssigt und trocknet ein, worauf eine Umwandlung des Spongioplasma. Vom Centrum der Zelle peripher fortschreitend, tritt eine Bildung von Keratinkörnern auf, und zwar im Stratum granulosum. Bei sehr schnellem Fortschreiten der Verhornung kann die Umwandlung des Spongioplasma der Zellen in Keratin ohne Übergang mit einem Male erfolgen; es kann da also das Stratum granulosum fehlen. Die Randzone der Zellen verhornt zuletzt, und zwar ohne Körnchenbildung. In dieser Zeit tritt eine chemische und physikalische Veränderung des Hyaloplasma ein, das leichter färbbar wird, ein stärkeres Lichtbrechungsvermögen bekommt und deshalb hell, glänzend, homogen erscheint, Stratum lucidum, und eine ölige Konsistenz bekommt (Eleidin). und zwar durch Einwirkung, indem Luft in das verhornte Schwammwerk tritt. Zugleich ändert sich seine chemische Konstitution. — In Hautpartien mit dünner Epidermis ist weder das Keratohyalin noch das Eleidin zu sehen wegen starker Abflachung der Zellen.

(Ob die Ansicht Zanders, die besonders von derjenigen Unnas so erheblich abweicht, eine berechtigte ist, das wird davon abhängen, ob das absprechende Urteil, das in dieser Arbeit über die Verdauungsmethode gefällt wird, begründet ist.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Wachstum der Haut und Haare des Menschen von Schein (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. 5.) Die Intensität und Zeitfolge des Eintritts der Behaarung des Menschen steht in einem bestimmten Verhältnis zum Flächenwachstum der Haut, und zwar ist der Grad der Behaarung umgekehrt proportional dem Flächenwachstum. Für das letztere sind folgende Momente bestimmend:

1. Die über der Unterlage faltbaren Hautteile zeigen ein stärkeres Flächenwachstum als die fest auf der Unterlage angehefteten (z. B. Kopfhaut).

2. Das Flächenwachstum der Haut ist proportional dem Wachstum und Umfang der von ihr gedeckten Muskeln und Knochen.

3. Es kann das Flächenwachstum einer Hautstelle, unabhängig von der Unterlage, der Umgebung vorauseilen (z. B. die Haut an der Brustwarze in der Pubertät.

4. Das Flächenwachstum kann umgekehrt trotz des starken Wachstums der Unterlagen unter Zunahme der Spannung zurückbleiben.

5. Das Flächenwachstum einzelner Hautstellen hängt ab von der Innigkeit der Verbindung derselben mit ihrer Unterlage; je inniger dieselbe, um so geringer ist es.

6. Das Flächenwachstum der Haut kann von dem der Umgebung abweichen, wenn sich während des Körperwachstums die Proportionen der betreffenden Teile ändern. (So wächst die relativ grofse Hirnkapsel des Neugeborenen später verhältnismäfsig weniger als die benachbarten Teile.)

Die Beobachtung lehrt nun, dafs die Hautstellen in demselben Grade, in dem sie im Vergleich zu ihrer Umgebung im Wachstum zurückbleiben, behaart werden; bei

starkem Flächenwachstum werden sie nur von Lanugo bedeckt; gleichmäfsig wachsende Hautteile zeigen auch gleiche Fülle resp. gleichen Mangel an Haaren. Umgekehrt kann man aber aus dem Grade der Behaarung keine bestimmten Schlüsse betreffs des Flächenwachstums ziehen, da noch ein anderer Faktor für die Behaarung ins Gewicht fällt. (s. u.) — An der Hand dieser Theorie erklärt Verfasser nun die Verteilung der Behaarung des menschlichen Körpers und die Zeitfolge in der Entwickelung derselben, sowie den Unterschied bei den Geschlechtern und setzt dann die Beweisführung fort auf Grund pathologischer Beobachtungen. Bei Akromegalie findet man an der Grenze der vergröfserten Körperteile einen Ring von Haaren und eine büschelförmige Behaarung der Grundphalange der Finger; die Spitzen menschlicher Schwanzanhänge sind meist stark behaart; die Hautstelle über spina bifida occulta zeigt konstante Behaarung im Gegensatz zur gewöhnlichen spina bifida, weil bei ersterer die Haut wegen des Defekts eine geringere Fläche zu decken hat und dementsprechend weniger wächst.

Die Begründung dieses Verhältnisses findet Verfasser in einer relativ besseren Ernährung und besseren Blutversorgung der weniger wachsenden Teile, da der Blutzufluſs unabhängig sei von Wachstumsdifferenzen. Diese relative Hyperämie kommt dem Haarwachstum zu Gute; für das Haar als das funktionell weniger wichtige Gewebe bleibe an stärker wachsenden Teilen kein Ernährungsmaterial übrig. Daſs Hyperämie das Haarwachstum fördert, dafür sprechen die Behaarung in der Umgebung von Narben, von Varicen, an pigmentierten Hautstellen, nach Applikation von Hautreizen, Kataplasmen etc. — Eine solche gesteigerte Ernährung unabhängig vom Zurückbleiben des Flächenwachstum der Haut muſs für das Wachstum des Bartes den Anstoſs geben, da dieses im Gegensatz zur Theorie an einer Stelle sich entwickelt, die starkes Flächenwachstum zeigt. —

Bei den Säugetieren ist im allgemeinen das Wachstum der selbstständiger beweglichen und verschieblichen Haut unabhängiger von der Unterlage, und auch die Haare entsprechend ihrer groſsen funktionellen Bedeutung in ihrer Entwickelung sind selbständiger; jedoch kommt auch bei ihm dieses Gesetz bei der Verschiedenheit der Behaarung der einzelnen Theile zum Ausdruck.

(Aus obiger Darlegung sieht man, daſs die schwache Seite dieser Theorie der Bart ist. Solange der Autor nicht beweisen kann, daſs und warum an dem Boden, auf dem sich der Bart entwickelt, eine so starke Hyperämie vorhanden ist, daſs trotz des groſsen Flächenwachstums noch Ernährungsmaterial für den Bart, der doch mehr Luxusgegenstand als ein funktionell wichtiges Organ ist, übrig bleibt, ist die Theorie etwas hinkend. Der Referent.) *Jessner-Königberg i. Pr.*

Über die Hautfarbe des Menschen und der Säugetiere, von Schwalbe. *Vortrag im naturwissenschaftlich-medicinalen Verein zu Straſsburg i. E.* Durch Untersuchung des Farbenwechsels von dem in Winter weiſsen, im Sommer braunen Hermelin (Foetonius erminea) konnte Sch. einen überzeugenden Beweis für die Möglichkeit einer autogenen Entstehung des Epidermispigments beibringen. Vortragender stellte fest, daſs die weiſse Farbe im Winter nicht etwa durch Abblassen, die braune Farbe im Sommer durch eine Pigmentablagerung in denselben Haaren bewirkt wird, sondern daſs im Frühjahr und Herbst ein vollkommener Wechsel des Haarkleides stattfindet; den braunen Sommerhaaren folgen pigmentfreie Winterhaare und umgekehrt. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab nun, daſs im Frühjahr das Korium wie die Epidermis ganz frei sind von freiem Pigment, wie von Pigmentzellen; es sind nur die Haare selbst pigmentiert. Würde die Pigmentierung der Haare eine Folge einer Einschleppung des Pigments durch Bindegewebszellen sein, dann hätte man bestimm

erwarten müssen, dafs auch aufserhalb der Haare Pigment vorhanden gewesen wäre. Es findet also in diesem Falle zweifellos eine autogene Pigmentbildung im Haare statt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hygiene.

Die Prostitution in Belgien, von Dr. L. Fiaux. (*Progrès méd.* No. 1, 2, 3, 4, 6, 1892.) Die laut königlichen Dekrets vom Oktober 1887 eingesetzte, aus Civil- und Militärärzten, Akademikern, Juristen bestehende Kommission zur Untersuchung der Prostitutionsfrage unterbreitete 1891 der Regierung die Resultate ihrer Forschungen in Gestalt eines aus 22 Artikeln bestehenden Gesetzentwurfes, das F. einer eingehenden Kritik unterwirft. Vor allem wird daran der Umstand gerügt, dafs sich eine grofse Anzahl der Kommissionsmitglieder (die sich in eine hygienische und eine gesetzgebende Sektion teilte) durch ihre Vorurteile leiten liefs; ferner den bedeutenden Übelstand, dafs die meisten der von der Provinz eingelangten Berichte der angefragten Ärzte äufserst mangelhaft ausfielen. Dementsprechend sind auch die Arbeiten der legislatorischen Abteilung denen der hygienischen weit überlegen.

Unter den Artikeln des genannten Gesetzentwurfes figurieren unter anderen: Die Unterstellung der professionsmäfsigen Dirnen unter die ausschliefsliche Aufsicht des Bürgerratskollegiums, dem auch allein das Recht zukommt, sanitäre Mafsregeln zu verordnen; die Aufhebung der öffentlichen Häuser und ähnlicher Lokalitäten; die Bestrafung jeder Provokation zur Unzucht oder Begünstigung derselben; alle drei Jahre sollen den Kammern Berichte über die Resultate des vorliegenden Gesetzes eingesendet werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Prostitution in Paris, von O. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. 5.) Der polizeilichen Kontrolle unterliegen aufser den Dirnen in öffentlichen Häusern nur diejenigen, welche sich freiwillig melden oder auf der Strafse aggressiv geworden und dadurch öffentlich Anstofs erregt haben. Bei solchen Gelegenheiten festgenommene Dirnen werden einer Untersuchung unterzogen und, wenn sie krank sind, ins Gefängnishospital eingeliefert; nur diejenigen, welche sich als wirkliche öffentliche Prostituierte erweisen, werden aber nach der Wiederherstellung polizeilich überwacht, die übrigen sich selbst überlassen; das hat zur Folge, dafs unter den aufgegriffenen Dirnen bis 50% krank sind. Den Zuhältern kommt, da sie sich meistens aus den infizierten Männern rekrutieren, auch in sanitärer Hinsicht eine grofse Bedeutung zu. — Die Untersuchung findet bei frei wohnenden Dirnen alle 14 Tage, bei den in Bordellen internierten alle 8 Tage statt; für erstere in einer Centralstation; sie wird sehr gründlich ausgeführt, doch entziehen sich fast $^2/_3$ der inskribierten (4700 an der Zahl, 2‰ der Bevölkerung) derselben. Die Zahl der Bordelle beträgt ca. 60 und ist in stetiger Abnahme; 10 bis 12% der Insassen erweisen sich als krank, was besonders darauf zurückzuführen ist, dafs dieselben freie Tage haben, an denen sie der Kontrolle der Bordellinhaber entzogen sind. Dafs die Schenken mit weiblicher Bedienung, Tanzlokale und Ähnliches Brutstätten für die Verbreitung von Krankheiten sind, bedarf nicht der Erörterung. Geduldet werden, und zwar ohne jede Kontrolle, die sogenannten Maisons de Passe, Kuppelhäuser, die als Rendezvousplätze für Männer mit der Halbwelt oder andere weibliche Personen dienen. — Im ganzen ist die Wirkung der sanitären Einrichtungen noch nicht als eine genügende anzusehen, besonders weil, wie erwähnt, sich von den freien Prostituierten ein grofser Teil der Untersuchung zu entziehen versteht; dafs natürlich unter diesen die Kranken überwiegen, ist wohl sicher anzunehmen. Diese Entziehung ist aber bewirkt durch die Verquickung von polizeilicher Strafverfolgung und sanitären Zwecken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Immunität gegen das Virus der Eiterkokken, von G. Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. XLII. 1891.) R. fand, das Tiere, die eine septische Infektion durchgemacht hatten, gegen eine 2. Infektion viel widerstandsfähiger geworden waren. Er experimentierte daher in diesem Sinne weiter, indem er die Tiere mit kleinen Anfangsdosen infizierte, denen er allmählich immer gröfsere Dosen folgen liefs. Das Impfmaterial bestand aus Kulturen des Staphylococcus pyogenes aureus. Auf diese Weise erreichte er, dafs die Versuchstiere zuletzt enorme Massen des Impfmaterials vertragen konnten, an denen die Kontrolltiere rasch zu Grunde gingen.

Auch mit den Filtraten der betreffenden Kulturen machte Verfasser Versuche, und zeigte es sich auch hier, dafs grofse Differenzen zwischen schon vorher geimpften und frischen Versuchstieren bestanden.

Verfasser gelang es daher, Hunde gegen Staphylokokken vollkommen zu immunisieren, indem er die Tiere mit den Stoffwechselprodukten dieser Bakterien impfte.

Auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht zeigte sich, dafs die Entzündungserscheinungen bei mehrmals geimpften Tieren weit geringer waren, als bei frisch geimpften. *P. Taenzer-Bremen.*

Über einen Fall von Eiterung, hervorgerufen durch den Bacillus coli communis, von G. Muscatello. (*La Reforma medica* 1891, No. 63.) Bei einem periproktitischen Prozefs konnte aus dem Eiter nur der Bacillus coli communis gezüchtet werden, der also als der Urheber desselben anzunehmen ist. Kulturen und Impfungen bewiesen es. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Verhalten der Gefäfswand bei der Auswanderung der weifsen Blutkörperchen, von Prof. Thoma. (*Petersb. med. Woch.* No. 49. 1891.) Nachdem die betreffenden Versuchstiere narkotisiert worden waren, wurde eine Darmschlinge aus dem Unterleibe herausgezogen und vorgelagert. Nach 1—2 Stunden wurden die Tiere getötet und dann sofort 0,25 procentige Höllensteinlösung in die Gefäfse der vorgelagerten Darmschlinge injiziert mit nachfolgender Injektion von farblosem Leim.

Unter anderen wichtigen, die Dermatologen jedoch weniger interessierenden Befunden ergab sich noch folgendes:

Durch die Vorlagerung der Darmschlinge kommt es in den betreffenden Gebieten zur Auswanderung von Leukocyten; dort, wo viele solcher auswandern, findet aber auch eine Diapedese von roten Blutkörperchen statt, die meist zwar sehr spärlich vor sich geht, manchmal jedoch auch als kleiner Strahl in Form einer Blutung aus den Kapillaren und den Venenwurzeln erfolgen kann, so dafs eine wahre kleine Ecchymose im benachbarten Gewebe entsteht. Jedoch schliefst sich direkt hinter dem Blutstrahle sofort die Austrittspforte wieder, und nur ein in derselben eingeklemmtes rotes Blutkörperchen macht die Durchtrittsstelle noch kenntlich.

P. Taenzer-Bremen.

Die keimtötende, die globulicide und die antitoxische Wirkung des Blutserums von H. Buchner. (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 8. 1892). In diesem gehaltvollen Vortrage fafst Verfasser die besonders durch seine und seiner Schüler Arbeiten gewonnenen Kenntnisse über die Eigenschaften des Blutserums zusammen, welche darin zu Tage treten, dafs das frische Serum nicht allein Pilzkeime tötet, sondern auch die roten Blutkörperchen fremder Species auflöst und die Leukozyten tötet, während

das Serum diese Eigenschaften einbüfst, wenn es längere Zeit aufbewahrt, wenn es kurze Zeit auf 52—55° C. erwärmt und wenn es auf das fünf- oder zehnfache mit destilliertem Wasser verdünnt wird, während es dagegen seine Eigenschaften wiedergewinnt, sowie nachträglich wieder physiologische Kochsalzlösung hinzugesetzt wird. Diese schädigenden Wirkungen des „lebenden" Serums auf fremdartige Zellen überhaupt zeigt sich aber auch Nicht-organisiertem gegenüber, denn das Serum immuner Tiere hat sich auch als zerstörend gegenüber den spezifischen Toxalbuminen der betreffenden Infektionserreger erwiesen, wie das Serum von Tetanus — und Diphtherieimmuner Tiere von gegen Pneumonie-Diplococcus immunisierten Tieren. Verfasser glaubt, dafs auch das Serum normaler Tiere, wenn auch in verschieden hohem Grade, eine derartige antitoxische Wirkung auf die Bakteriengifte auszuüben im stande ist. *L. Philippson-Hamburg.*

Über die Einwirkung von Tuberkulin und andern Bakterienextrakten auf den Lymphstrom von Gärtner und Römer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892, No. 2.) Die Versuche Heidenhains, betreffend die Einwirkung des Extraktes von Krebsmuskeln auf den Lymphstrom, regten die Autoren dazu an zu prüfen, inwieweit Bakterienextrakte (Kulturen mit aq. dest. verrieben, durch Kochen sterilisiert in den Brütofen für mehrere Wochen gestellt, in der Zeit nochmals wiederholt stundenlang gekocht, zuletzt filtriert) und Stoffwechselprodukte der Bakterien (Kulturen mit aq. dest. verrieben, nicht gleich gekocht, sondern sofort filtriert, dann erst gekocht und nochmals filtriert) den Lymphstrom beeinflussen; zur Vergleichung wurde noch ein Parallelversuch mit Nuclein gemacht. Sie fanden folgende Resultate: Die Stoffwechselprodukte ebenso wie das Tuberkulin zeigten in Bezug auf die Vermehrung des Lymphstroms keinen Einfluſs. Die Bakterienextrakte dagegen ebenso wie das Nuclein bewirken einen bis auf das Neunfache beschleunigten Lymphstrom; die unter ihrem Einfluſs vermehrte Lymphe war reicher an Trockensubstanzen und leichter genieſsbar; das Blut wurde wasserärmer. Näheres über die Versuchsmethoden müssen im Original nachgelesen werden. (Referent möchte für ähnliche Versuche die Beobachtung des Einflusses auf die Sekretion des humor aqueus empfehlen, die denselben Gesetzen unterworfen ist wie der Lymphstrom d. h. parallel geht dem in den Lymphbahnen resp. in den Blutbahnen herrschenden Drucke. Die Versuchsanordnung würde dadurch sehr vereinfacht werden.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Innere Antisepsis, von Vapelius. (*D. ärztl. Praktiker* 1. 1892.) Durch Sommerbrodts Resultate mit der innerlichen Darreichung von Kreosot bei der Lungentuberkulose angeregt, versuchte der Verfasser dieses Mittel auch bei anderen parasitären Krankheiten, indem er davon ausging, dafs die Zellenproliferation nur eine Krankheitsfolge, der Nährboden für die Bakterienbrut sei. Er beschränkte seine Versuche jedoch nicht nur auf das Kreosot, sondern zog auch noch das Lysol und Kreolin hinzu; auf Grund seiner Untersuchungen kann er sich nicht entschlieſsen, einem dieser 3 Medikamente die Siegespalme zuzuteilen, da sie alle drei groſsartig wirken, weist aber schlieſslich doch jedem noch sein Gebiet an, dem Kreosot die chronischen, Kreolin und Lysol die akuten und auch die chronischen, jedoch mit der Differenzierung, dafs Kreolin sich besser für Affektionen des Gefäſssystems, Lysol mehr für die Parenchymstörungen eigne.

Was nun die Resultate anlangt, so hat der Autor folgende Wunderkuren gemacht (wie erwähnen hier nur die den Dermatologen Interesse einflöſsenden): Erysipel, Phlegmone, Karbunkel werden jetzt durch Verfassers Methode in ebensoviel Tagen geheilt, als man sonst Wochen gebrauchte, und mehrjährige Ulcera cruris schwinden ohne lokale Behandlung in 4—5 Wochen ganz allein unter innerlichem

Kreolingebrauch. Scharlach, Typhus und Diphtherie sind bei innerem Lysolgebrauch nicht nur Kinderkrankheiten, sondern Kinderspiel, was ihre Behandlung anbelangt.

Den Trumpf jedoch spielt Verfasser zuletzt aus: Ein Carcinoma recti, zwei Carcinomata hepatis et peritonei, ein solches des Uterus und der Mamma haben sich unter täglicher Verordnung von 10,0 Lysol innerlich so gebessert, dafs an einer endgültigen Heilung des Carcinoma nicht mehr zu zweifeln ist. (Einer Kritik enthalten wir uns, nur möchten wir die Kollegen auf diese unfehlbare Methode ganz besonders aufmerksam machen.) *P. Taenzer-Bremen.*

Die Bedeutung der Antisepsis im Munde, von Hugo Dellevie (Inaug.-Dissert. Berlin 1891). Wie wichtig es ist, immer „reinen Mund zu halten", zeigt uns die vorliegende fleifsige Arbeit; unter den 100 verschiedenen bis jetzt bekannten Bakterien des Mundes sind die giftigsten der Pneumococcus, Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes und ein vom Verfasser gezüchteter sehr virulenter, bisher unbekannter Streptococcus. Der Verfasser zieht dann noch verschiedene Beispiele an, wo wahrscheinlicherweise die Bakterien der Mundhöhle die verschiedensten Krankheiten (z. B. metastatische Abscesse, Septichämie, Pyämie etc.) hervorgerufen haben, bespricht die Giftigkeit des Speichels der Syphilispatienten und Tuberkulösen, empfiehlt den Zahnärzten sauberste Reinigung der Instrumente, und beschliefst die Arbeit mit der Hygiene des Mundes (Sublimat 1/1500, Naphthol 1/1000, Thymol 1/1000, Salicylsäure 1/350, Saccharin 1/250, Benzoesäure 1/100.) *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Verwendung des Pilokarpins in der Dermatologie, von R. M. Simon. (*Brit. med. Journ.* Febr. 6. 92). Ein Patient mit chronischem Ekzem und intensiver, fast allgemeiner Pachydermie der mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt worden war, wurde durch Injektionen von Pilokarpin (ca. 0,01 zweimal täglich) nach etwa 8 wöchentlicher Kur schliefslich vollständig geheilt.

Verf. giebt zu, dafs das Mittel ein heroisches ist, und dafs die Behandlungsdauer in diesem Fall eine lange war, doch habe auf andere Weise eine Heilung nicht erzielt werden können. Auch bei Pruritus senilis hat er gute Resultate damit erzielt; bei Psoriasis dagegen und subakutem Ekzem gewährt das Medikament keinen Vorteil, bei letzterer Affektion sogar nur Nachteile. *Philippi-Nieheim.*

Wert des Arseniks als Heilmittel, von J. Hutchinson jr. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1891.) Viel Neues erfahren wir nicht aus der vorliegenden Arbeit, da sich unsere Kenntnisse wohl bezüglich der therapeutischen Wirkung etwas erweitert haben, jedoch über die Art und Weise des Zustandekommens sind wir noch in vollkommenes Dunkel gehüllt. Der Verfasser illustriert seine Schlufsfolgerungen durch Anführung der einschlägigen, durch das Arsenik beeinflufsten Krankheiten und glaubt schliefslich dafs die Wirkung desselben durch Beeinflussung der peripheren Nerven zu stande kommt, als Beweis dessen das Auftreten von Herpes zoster nach Arsenikgebrauch angesehen wird. *P. Taenzer-Bremen.*

Pharmakologie.

Der Jodoformschwamm in der Kinderpraxis, von C. Mettenheimer. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* XXXII.) Der Schwamm wird behufs Entkalkung 5 Tage lang in 5% Salzsäurelösung gelegt, nachdem er ordentlich geklopft worden ist. Hierauf wird er gewaschen, getrocknet und dann 2 Tage lang in Jodoformäther gelegt. Dann wird er herausgenommen, an der Luft getrocknet und in Gläsern aufbewahrt. Der so zubereitete Schwamm soll sich vorzüglich bewähren bei skrofulösen Geschwüren etc. *P. Taenzer Bremen.*

Die Vorschrift der von SCHLEICH angegebenen **Pasta cerata**[1] wird jetzt von R. TITTELBACH in der *Pharm. Ztg.* 14. 1892 veröffentlicht. Sie ist folgende: 90,0 bestes filtriertes Wachs werden mit einer Lösung von 3,5 reiner Pottasche in 150,0 Wasser erhitzt, bis das Wachs geschmolzen und kurze Zeit darauf unter stetem Umrühren eine gleichmäfsige Masse geworden ist.

Die zugesetzte Menge Pottasche genügt, um die im Wachs enthaltene Cerotinsäure zu verseifen; die erhaltene Seife giebt dann mit dem Palmitinsäure-Melissylester eine gleichmäfsige Mischung. Läfst man die so erhaltene Mischung 2 Tage stehen und treibt sie dann durch die Salbenmühle, so erhält man ein völlig gleichmäfsiges Präparat. *P. Taenzer-Bremen.*

Ein Fall akuter Intoxikation durch Pilokarpin und Pyrogallussäure; Heilung, von MAILLART und AUDEOUD. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* No. 9. 1891.) Ein 23½jähriger Coiffeur hatte in selbstmörderischer Absicht gleichzeitig 0,25 Pilokarpin und 8,0 (!) Pyrogallol zu sich genommen: Schwere Intoxikationserscheinungen; Therapie: Excitantia, Atropin. Nach 7 Tagen Spitalbehandlung wurde Patient geheilt entlassen. Es zeigte sich hierbei, dafs das Pilokarpin als Antagonist des Pyrogallols bezüglich der Wirkung auf die Temperatur gar nicht gewirkt, dagegen Prostation und allgemeine Schwäche vermehrt hatte, ferner, dafs sich das Atropin als vorzügliches Antidotum des Pilokarpins bewährt hatte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Angioneurosen.

Ein Fall von Urticaria factitia, von K. ALT. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 8. 1892.) Dieser Fall (20jähriger, sonst gesunder Mann), welcher im Ärztlichen Verein zu Halle vorgestellt wurde, zeigte die Urtikariabildung nie spontan oder ab ingestis, sondern nur auf äufseren Reiz. Besonders erwähnt werden soll nur, dafs die Quaddel analgisch und der hyperämische Hof leicht hyperästhetisch war und das Jucken und Brennen nur im Beginne bestand und mit der vollständigen Entwickelung der Quaddel verschwand. *L. Philippson-Hamburg.*

Über eine neue Varietät von Trophoneurose, von HALLOPEAU und LABAT (*Mitteilung vom Kongrefs für den Fortschritt der Wissenschaften,* Marseille, Sept. 1891). Für den trophoneurotischen Ursprung gewisser Dermatosen scheint folgender Fall, eine 48jährige Hysterica betreffend, zu sprechen. Nachdem die heftigen nervösen Anfälle bei Eintritt der Klimax nachgelassen hatten, traten, symmetrisch über verschiedene Körpergegenden verteilt (Wange, Hals, Oberarm, Oberschenkel, Knie, Wade), Plaques von verschiedener Gröfse auf, welche ein pigmentloses Centrum zeigten, während die Peripherie gebildet war durch einen etwas erhabenen Ring braunroter lichenartiger Knötchen. Sensibilität (für Berührung mit dem Finger) im Centrum der Plaques etwas herabgesetzt, in der Knötchenregion normal. Die Knötchen weichen insofern vom charakteristischen Lichentypus ab, als die Gruppierung, die centrale punktförmige Depression, das glänzende Ansehen, die scharfen Konturen und das heftige Jucken fehlen. Aufserdem leidet Patientin an heftigen neuralgischen Schmerzen in beiden Füfsen (3 äufseren Zehen, besonders rechts,) welche nach Ablegung der Fufsbekleidung sofort aufhören. Lokale elektrische Bäder besserten sowohl die Neuralgie als die Hautaffektion wesentlich. (*Rev. internat. d'Électrothérapie.* Paris, Okt. 1891.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XIV. 156.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Comittee.* No. 3.

Lepra und die Tuberkulinbehandlung.

Die letzte Nummer dieses Journals enthielt den Bericht über einen Fall von tuberöser Lepra, welcher vom Herausgeber (P. S. Abraham) mit Injektionen Kochscher Lymphe behandelt wurde. Bis zum 9. Februar hatte der Kranke 12 Einspritzungen mit Mengen von 1 bis 8 Milligramm erhalten; ein gewisser Grad von konstitutioneller und lokaler Reaktion war auf jede Gabe erfolgt. Die bemerkenswertesten, oberflächlichen Erscheinungen waren: 1. das Auftreten von mehreren frischen Nachschüben von Geschwülsten und knotenartigen Schwellungen, namentlich im Gesicht und an den Extremitäten, 2. die Erweichung und das Verschwinden einiger der älteren Gebilde. Die Behandlung wurde noch einen Monat lang fortgesetzt, und es wurde jeden zweiten oder dritten Tag eine Injektion gegeben, wobei die Dosis allmählich auf 24 Milligramm gesteigert wurde. Nach der 15. Injektion (10 mg) trat Reaktionslosigkeit ein; es entstand seitdem weder Kopfweh, noch Übelkeit oder Temperatursteigerung, gelegentlich wurde aber über Mattigkeit geklagt, und bei ein paar Gelegenheiten trat etwas Thränenfluſs ein. Einmal entwickelte sich auf einem der Finger eine Pustel und auf den Metakarpo-Phalangealgelenken der linken Hand einige groſse Blasen nach der 20. Injektion, sowie auch auf beiden Schienbeinen ähnliche blasenartige Gebilde nach der 24. Einspritzung. Der Eiter aus der Pustel und das Serum aus den Blasen wurden auf Bacillen untersucht, aber ohne Erfolg.[1] Die Kranke verlieſs das Hospital, ohne daſs eine wesentliche Änderung in ihrem Befinden eingetreten wäre; man hat keinen Grund, weder eine Besserung noch eine Verschlimmerung ihres Zustandes anzunehmen, noch auch könnte man glauben, daſs die Krankheit durch die Behandlung zum Stillstand gebracht worden sei.

Sie schreibt nun am 13. Juli, daſs sie „noch keine Besserung verspüre. Es sind keine neuen Knoten zum Vorschein gekommen, aber auf dem Rumpfe finden sich mehrere neue, dunkle Flecken. Die Lippen tragen zwei wunde Stellen und die Stirn eine".

Der Herausgeber hat seitdem Gelegenheit gehabt, einen anderen Leprafall, einen 7jährigen Knaben aus Westindien, mit Injektionen zu behandeln. Bei diesem Kranken war das Leiden erst sechs Wochen vor Beginn der Behandlung zum Vorschein gekommen. Derselbe ist ein Kreole, ein wenig gefärbt, aber ohne hereditäre Belastung; doch ist das Leiden in der Kolonie, aus welcher er stammt, sehr verbreitet. Vergangenen März trat ein mäſsiger Ausschlag in der Nähe der linken Brustwarze auf, und das Kind war etwas fieberhaft; im Verlauf von acht Tagen bemerkte man, daſs das linke Ohr rot und geschwollen war, und auf der linken Wange wurde ein roter Fleck bemerkt. Bald nachher kamen zahlreiche andere Flecke an den Armen, Händen und unteren Extremitäten zum Vorschein. Jetzt bietet der kleine Patient ein gutes Beispiel des makulösen Stadiums des Leidens dar. Als er sich zuerst vorstellte, waren die gröſseren Flecke erhaben und schmutzig rot, und einige unter ihnen waren pigmentiert. Dies war besonders deutlich ausgesprochen in dem der Brustwarze zunächst gelegenen Flecke, wo die Pigmentierung die Gestalt eines unregelmäſsigen Ringes angenommen hatte. Auf dem linken Daumen und Zeigefinger war die Haut verdickt und etwas schuppig, und es schien eine gewisse Verminderung der

[1] Nach einer Injektion im Anfang der Behandlung wurde auch das Blut dieser Patientin auf Bacillen untersucht, aber auch mit negativem Resultat.

Kraft und Beweglichkeit stattgefunden zu haben. Es wurde vielfach der Versuch gemacht, festzustellen, ob an den erkrankten Teilen Anästhesie der Haut bestehe, doch hatten wir hierbei nur wenig Erfolg. Eine Incision in die verdickte Haut der Finger verursachte keinen Schmerz, aber es war in diesem Falle eine Einpinselung der Haut mit Kokain vorangegangen. Es war keine Verdickung am Ulnaris oder an anderen Nerven nachzuweisen. Das Allgemeinbefinden war in jeder Hinsicht vorzüglich.

Auf die erste Injektion von 0,5 mg folgte ein geringer Temperaturabfall, sonst trat aber keine erkennbare Wirkung ein. Das gleiche Resultat wurde zwei Tage nachher bei einer zweiten Injektion, diesmal mit 1 mg, konstatiert. Bei einer dritten Injektion mit 3 mg fing nach 15 Stunden die Temperatur zu steigen an und erreichte in 48 Stunden 39,7°, worauf dieselbe im Laufe von 72 Stunden von der Zeit der Injektion an auf die Norm zurückging. Es erfolgte etwas Erbrechen, grofse Depression und gelegentlich ein kurzes Husten, doch konnte auf der Brust nichts Abnormes nachgewiesen werden. Während der Reaktion wurden viele Flecke deutlich röter, und es schien, als ob die Schwellung am Ohr und an der Hand geringer wurde. Am folgenden Tage fand ein zweites Ansteigen der Temperatur bis zu 38,7° statt. Der Ausschlag schien während der nächsten Tage sich gebessert zu haben, und das Ödem und die Rötung an den Flecken waren entschieden geringer geworden. Seitdem sind noch sieben Injektionen gegeben worden, zuletzt mit 10 mg, aber es ist nur eine geringe Wirkung sowohl lokal als auch konstitutionell zu bemerken gewesen. Gewöhnlich trat ein geringer Temperaturabfall ein, sowie etwas Schläfrigkeit und eine mäfsige Vermehrung der Rötung der Flecke. Es sind auch mehrere neue Flecke aufgetreten. Zwei Tage nach der sechsten Injektion fing das Ohr wieder anzuschwellen an, und einige Flecke nahmen an Gröfse zu und wurden prominenter. Das Blut ist zwei- oder dreimal von Dr. Hebb, Prosektor am Westminster-Hospital, und auch vom Verfasser auf Bacillen untersucht worden, doch konnte keine Spur derselben aufgefunden werden; die Untersuchung von Flüssigkeit und Schabungen, welche aus der Tiefe einer Incision durch die Haut des erkrankten Fingers gewonnen wurden, sind auch mit dem nämlichen Resultat untersucht worden.

Der interessante Fall von Lepra anaesthetica, den Herr Watson Cheyne für Dr. Colcott Fox injizierte, und auf welchen in diesem Journal bereits hingewiesen wurde, ist im Mai von Herrn Cheyne in seiner wertvollen Mitteilung über Tuberkulinbehandlung an die Royal Medical and Chirurgical Society besprochen worden. Die Injektionen wurden am 10. Dezember 1890 begonnen und wurden bis zum Februar fortgesetzt. Im ganzen wurden 27 Einspritzungen gegeben, wobei die Dosis allmählich auf 1 Decigramm gesteigert wurde. Herr Cheyne schreibt folgendermafsen:

„Die erste Reaktion war intensiv, indem als Hauptsymptome Schüttelfrost, Erbrechen und Atembeschwerden eintraten. Es traten lanzinierende Schmerzen an den Armen und Beinen ein; eine grofse Blase entwickelte sich auf der Innenseite der linken grofsen Zehe, und der Zeige- und Mittelfinger der linken Hand schwollen an. Am nächsten Tage sah man einen makulösen, linienförmigen Ausschlag auf den unteren Falten der Mammae herziehend und in der Mitte zusammenlaufend. Eine zweite Linie verlief über den oberen Teil des Abdomens, und ein halbkreisförmiger Fleck safs unterhalb und rechts von dem Processus ensiformis. Ferner fand sich noch eine ähnliche Linie auf dem hinteren Rande der rechten Hinterbacke. Nach der dritten Injektion kollabierte am Abend der Kranke, und die Temperatur betrug sechs Stunden nach der Injektion 36,1°, der Puls 44, die Respiration 40 und war sehr oberflächlich. Die Symptome verschwanden mit dem Wiederansteigen der Temperatur; die höchste Temperatur war 39,4°. Neue Blasen schossen auf dem linken Bein und auf der rechten Hacke und dem Enkel auf. Weitere Komplikationen

entstanden nicht; der Ausschlag blafste zwischen den Injektionen ab und trat in der Reaktionszeit wieder hervor; als die Kranke aus dem Hospital austrat, war derselbe nicht vollständig verschwunden. Nach der sechzehnten Injektion behauptete die Patientin, dafs sie ihre Hand besser als vor der Behandlung öffnen könne, und dafs sie sich im allgemeinen besser fühle; die Anästhesie war etwas weniger ausgesprochen. Als sie das Hospital verliefs, behauptete sie noch immer, in diesen Beziehungen besser zu sein."

Am 4. April 1891 berichtete Dr. W. C. S. Burney, dafs ihr Befinden im ganzen beträchtlich besser sei. Die Anästhesie hatte bedeutend abgenommen, die Kranke hatte an Gewicht zugenommen, und was sie selbst für das Wichtigste hielt, die Schmerzen, an denen sie jeden Monat vier oder fünf Tage zu leiden hatte, waren nicht wieder aufgetreten. Sie klagte jedoch, dafs sie seit den Injektionen nicht so gut habe atmen können, und sie hatte einen oder zwei leichte Ohnmachtsanfälle gehabt.

Dr. Burney schreibt uns, dafs jetzt, am 18. Juli, ihr Zustand noch unverändert sei.

Dr. Colcott Fox hat die Güte gehabt, einige weitere Mitteilungen in Bezug auf diese Kranke zu machen: Die wichtigsten Momente hierbei sind: 1. dafs der Fall vollständig nicht-tuberös war und offenbar quiescent oder gar im Aussterben begriffen, d. h. die einzigen Zeichen eines aktiven Prozesses waren die gelegentlich auftretenden, unklaren Schmerzen in den Extremitäten. Im übrigen fanden sich die charakteristischen Verstümmelungen der Extremitäten nebst Anästhesie. 2. Die Injektionen riefen sofort eine periphere Neuritis an den Extremitäten durch die Wirkung des Tuberkulins auf die leprösen Herde in den Nerven hervor. 3. Die kutanen Nervenäste eines Teiles des Rumpfes wurden affiziert, und ein vollständig typischer, makulöser Ausschlag wurde alsbald hervorgerufen. Es wurde von diesem Ausschlag eine Zeichnung angefertigt, und es ist nach Gröfse und Beschaffenheit der Flecke klar, dafs dieselben älteren Datums waren und nunmehr deutlicher gemacht worden waren. Dr. Fox meint auch, „dafs wir Anhaltspunkte dafür haben, dafs diese Maculae durch die um die Nervenzweige der Haut gelegenen Lepromata bedingt waren."

Dr. Donovan (Spanish Town, Jamaica) hat Tuberkulin bei drei ausgesprochenen Fällen von tuberöser Lepra gebraucht, von denen der eine „gemischt" war. Er sagt: „Bisher habe ich keine deutlichen Reaktionen erzielt, obgleich ich bei zweien meiner Fälle vor einigen Tagen 10 und 12 Minims (0,6—0,7 g) der 1 % Lösung auf einmal gegeben habe, nachdem ich mit 3 Minims angefangen und die Dosis allmählich gesteigert habe."

Dr. Powell (Cachar, Indien) hat sieben Fälle von Lepra mit Tuberkulin behandelt: „Fälle 5 und 6 waren makulös, die übrigen tuberös. Bei keinem der sieben wurde weder lokal noch konstitutionell die geringste Reaktion erzielt, trotzdem bei drei Fällen Gaben bis zu 12 mg verabreicht wurden."

Bei einer Sitzung der New York Dermatological Society in diesem Jahr berichteten mehrere der Mitglieder über Leprafälle, welche sie mit der Lymphe behandelt hatten. Bei einem Patienten von Dr. Allen „folgte auf die erste Dosis von 1 mg eine kleine Reaktion. Nach 4 mg am 21. Februar erreichte die Temperatur 39,7°, und ein eigentümlich hellroter, erythematöser oder kutikularer Ausschlag trat auf, wobei einige der zuvor bestehenden, leprösen Läsionen gedunsen, erhaben, empfindlich und entweder heller rot oder von bläulicher Farbe wurden, während andere unverändert blieben. Dr. Fox hatte einen Fall ohne irgend welches Resultat injiziert. Dr. Morrow hatte die Lymphe bei einem Leprafall angewandt und hatte bis zu 20 Milligramm gegeben, ohne dafs eine Reaktion eintrat. Die einzige zu bemerkende

Wirkung war eine Vermehrung des Pruritus, welcher sonst ein belästigendes Symptom gewesen war, aber schon mehrere Monate vor Beginn der Injektionen sistiert hatte.[1]

Mr. Cantlie (Hongkong) schreibt im *British medical Journal* vom 4. Mai 1891: „Folgende Momente scheinen mir nach den mit Tuberkulin gemachten Erfahrungen erwiesen zu sein: 1. Patienten mit weit vorgeschrittener Lepra, d. h. mit Hypertrophien und Ulcerationen, lassen ein Sinken der Temperatur erkennen. (Es kann sein, dafs bei diesen Kranken Fieber vorhanden war, und dafs dasselbe in der Zwischenzeit zwischen der Injektion und dem nächsten Besuch wieder vorübergegangen war, doch schien dies nach den gemachten Aussagen nicht der Fall zu sein.) 2. Bei frischen Fällen, z. B. mit Hypertrophie der Gesichtshaut und mit roten Flecken auf den Extremitäten, stieg die Temperatur an, und die Flecke wurden viel deutlicher. 3. Bei allen Leprakranken waren nach der Injektion Bacillen im Blute nachzuweisen, was vorher nicht der Fall gewesen war.

In einem Bericht über das Vorkommen der Lepra unter den Maoris kommt Dr. Gindrrs (Wellington, Neu-Seeland) zu folgenden Schlüssen: Die bei den Taupo und anderen Völkerschaften der Ostküste als Ngegerengere bekannte Krankheit heifst bei den Ngapuhi und nordischen Stämmen Puhipuhi, bei den Wanganui und westlichen Stämmen Tuwhenna und ist bei allen die gleiche Krankheit, nämlich echte Lepra. Die Bezeichnung Wero-ngerengere ist nicht, wie einige Autoren vermutet haben, eine andersartige Benennung des Leidens, sondern bezieht sich auf den Vorgang der Übertragung der Krankheit mittelst Punktur oder Inokulation, wie die Etymologie des Wortes andeutet. In Anbetracht der Immunität, die man bei Frauen, welche jahrelang mit leprösen Männern und vice versa gelebt haben, beobachtet, ist es schwer zu glauben, dafs die Affektion im gewöhnlichen Sinne des Wortes infektiös oder kontagiös sei. Wenn das Gedeihen eines spezifischen Mikroben im Blute und den Geweben zum Entstehen der Krankheit erforderlich ist, so mufs man annehmen, dafs eine ganz besondere Umgebung nötig ist, um ein erfolgreiches Eindringen möglich zu machen. Wenn unflätige Gewohnheiten und unsanitäre Umgebungen mit der dadurch bedingten Herabsetzung der Lebenskraft als prädisponierende Momente gelten müssen, so sind dieselben bei den einheimischen Taupos leicht zu finden, denn diese Völker sind wegen ihres Mangels an persönlicher Reinlichkeit berüchtigt. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind die schlimmsten Fälle durch eine direkte Infektion des Blutes infolge von beabsichtigter oder zufälliger Inokulation entstanden. Bemerkenswert ist noch, dafs die Eingeborenen glauben, dafs die Krankheitskeime im Urin und den Fäces der Aussätzigen enthalten sind, und dafs sie deshalb dieselben mit grofser Vorsicht beseitigen.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

b. *Tuberkulose.*

Über eine neue Behandlungsmethode der Adenitiden, von Dr. Suchard. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* Nov. 1891.) Verfasser hat öfters Gelegenheit gehabt zu beobachten, wie Patienten mit tuberkulösen Lymphdrüsenaffektionen, welche chirurgisch behandelt worden waren, unter häufigen Rezidiven zu leiden hatten, diese aber im Gegenteil ausblieben bei zahlreichen anderen, welche ihre ausgedehnten Lymphome unbehandelt und zur Suppuration kommen liefsen, wodurch dem Bacillus ein Weg zur Entleerung nach aufsen geschaffen wurde. Allerdings entstanden in diesem Falle jeweilen sehr entstellende Narben. In der Absicht nun, diesen natürlichen Prozefs einzuleiten und behufs günstiger Gestaltung der Narben zu dirigieren, verfuhr S. in

[1] *Journ. Cutan. and Genit.-urinary Diseases* 1891.

der Weise, daſs er die Drüsen mittelst Galvanokauter central eröffnete und durch Reizung (Elektrizität, warme Douchen, Massage, Injektion reizender Substanzen) zur Suppuration brachte. Durch diese künstlich angebrachten Öffnungen konnten sich nun leicht der Eiter und die käsigen bazillenhaltigen Massen dieser Drüsen selbst, sowie durch Vermittelung der Lymphgefäſse auch der benachbarten entleeren. Verfasser hat in dieser Weise 4 Fälle behandelt und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Lupus der Wange, von Dr. Arnozan. (*Archives d'Ophthalmologie.* No. 6. 1891.) Verfasser teilt die Krankengeschichten 3 solcher Fälle mit, die sich im Anschlusse an eine Thränengangfistel und in deren Umgebung entwickelt hatten; bei dem einen derselben war der Fistelausführungsgang bereits seit längerer Zeit vernarbt, als die spezifischen Knötchen auf der Haut auftraten. Bei allen 3 Patienten war eine Tuberkulose der Nasenschleimhaut vorangegangen und konnte auch mit aller Sicherheit bei bereits bestehendem Gesichtalupus nachgewiesen werden. Das Zustandekommen desselben ist deshalb bei der anatomischen Beschaffenheit dieser Gegend leicht verständlich.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

c. *Syphilis.*

Excision des syphilitischen Primäraffekts, von S. Pollitzer. (*Med. Record.* 24. Okt. 1891.) Verfasser wendet sich gegen die Äuſserung Taylors, daſs die Excision des harten Schankers keinen wirklichen Nutzen gewähre. Er stützt sich dabei einesteils auf die beim letzten internationalen Kongreſs in Berlin geäuſserten Ansichten, sowie auf seine eigenen Beobachtungen und die theoretische Deduktion, daſs, je weniger vom syphilitischen Virus in den Körper aufgenommen wird, desto milder der Verlauf der ganzen Krankheit sein wird. Die Frage kann nur durch eine sehr groſse Anzahl genauerer Einzelbeobachtungen, zu denen Verfasser lebhaft auffordert, entschieden werden.

Philippi-Nieheim.

Taubheit infolge von syphilitischer Infektion, von L. Turnbull. (*Annales of Ophthalmology and Otology.* Jan. 1892.) Die durch syphilitische Infektion verursachte Taubheit und Taubstummheit kommt in Amerika viel seltener vor, als bei uns, wie es scheint, doch ist sie auch dort nicht gerade eine Seltenheit. Verfasser schildert ausführlich die klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei syphilitischen Veränderungen der verschiedenen Teile des Gehörorganes und dringt auf eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung der Krankheit. Er giebt mit Vorliebe eine Mixtur von rotem Quecksilberjodid mit Jodkalium und Syrup. spl. In vielen Fällen erweist sich das Pilokarpin bei gehöriger Vorsicht als sehr nützlich.

Philippi-Nieheim.

Das Europhen bei venerischen und syphilitischen Geschwüren, von M. Mignecco, Catania. (*Gazetta degli Ospitali*, No. 1, 1892.) Das Medikament (chemisch: Isobutylorthocresol-Jodür), ein gelbes, in Wasser unlösliches, in Alkohol, Äther, Chloroform und Öl lösliches Pulver wurde bei 15 Patienten lokal appliziert, und wurden als Vorzüge gerühmt: relative Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit, geringes spezifisches Gewicht. An antiseptischer Wirksamkeit zeigte es sich dem Jodoform überlegen bei Ulcus molle; weniger erfolgreich war diese Anwendung bei ulcerierten Gummata.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Fall von Muskelsyphilis, von Dr. R. Röhler. (*Berl. klin. Wochenschr.*, No. 8, 1892.) Der 48jährige Patient, welcher jede spezifische Infektion leugnet, bemerkte Ende Juli 1891 eine Geschwulst oberhalb des rechten Schlüsselbeins, welche von einem Arzte punktiert wurde und seitdem ein geringfügiges Sekret absonderte. Ende

September kam er in die Charité, in einem desolaten Zustande, abgemagert, mit hohem Fieber. Man konstatierte, daſs die ganze äuſsere Hälfte des rechten Pectoralis in einer Ausdehnung dreier Handteller hervorgedrängt war; die Fossa supraclavicularis war ganz von einem Tumor eingenommen. Es handelte sich offenbar um eine groſse, unter dem Pectoralis major liegende und unterhalb der Clavicula zur Fossa supraclavicularis einen Fortsatz schickende Geschwulst. Diese war hart anzufühlen, fluktuierte nicht, die Haut über ihr war von dicken blauen Venen durchzogen. Bei der Exstirpation des Tumors kam R., nachdem die oberflächlichen Schichten des Pectoralis major durchtrennt waren, auf derbe, fibröse Schranken, welche offenbar den tiefen Schichten des genannten Muskels entsprachen. Fibröses Gewebe wechselte nun ab mit grobkörnigen Partien. Dieselbe Entartung zeigte der Petoralis minor, der Deltoides und Subscapularis; nur waren diese deutlich durchsetzt von eiterig-käsigen Herden. Solche käsige Herde, eingesprengt in anscheinend sarkomatöse Massen, kann man fast als pathognomisch für Syphilis ansehen. Die Exstirpation wurde deshalb, da nun Syphilis diagnostiziert war, unterbrochen, die Wundhöhle tamponiert und innerlich Jodnatrium (10 : 200) 3 mal täglich 1 Eſslöffel gegeben. Danach trat Besserung, Abnehmen des Fiebers und Heilung ein. Muskelsyphilis kommt häufiger vor, als man glaubt, weshalb auch R. der Ansicht Nélatons ist: Jede Muskelgeschwulst behandle man zunächst mit antisyphilitischen Mitteln. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über hereditäre Infektion, von Caspary. (Vortrag in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr., den 21. März 1892.) Der Vortragende erörtert im Anschluſs an das Fournier-Fingersche Werk neben Vererbung der Syphilis seine bekannten und wohl von den meisten Dermatologen und Syphilidologen geteilten Ansichten über die hereditäre Infektion und erklärt sich von neuem mit Nachdruck gegen das Kassowitzsche Gesetz, daſs die Placenta für syphilitische Infektionsträger nach beiden Richtungen eine undurchdringliche Scheidewand bilde. Gegen die Fingersche Theorie (Die Wirkung der syphilitischen Infektionsträger — Mikroorganismen — ist zu trennen von der Wirkung ihrer Stoffwechselprodukte; Frauen, die obgleich sie von luetischen Männern luetische Kinder geboren haben, keine Zeichen von Syphilis zeigen und sich gegen das syphilitische Gift refraktär erweisen, sind nicht latent syphilitisch, sondern durch die Stoffwechselprodukte immunisiert) spreche doch der Umstand, daſs diese Frauen in späteren Jahren nicht selten tertiär-syphilitische Symptome zeigen. Wenn Finger nun dieses Beweismittel aus der Welt schaffen wollte, indem er behaupte, tertiär-syphilitische Symptome sind nicht spezifisch syphilitische Erscheinungen, sondern nur Äuſserungen eines durch die genannten Stoffwechselprodukte veränderten Organismus, so wolle er (Caspary) diesen Saltomortale nicht mitmachen. Einerseits müsse man doch die Behauptung der Anatomen, daſs die tertiär-syphilitischen Produkte den primären und sekundären anatomisch gleichzustellen seien, berücksichtigen, wenn C. persönlich auch von der Richtigkeit dieser Ansicht nicht ganz überzeugt sei. Andererseits sei der „chemische" Beweis Fingers (Quecksilber wirkt spezifisch auf die syphilitischen Mikroorganismen, und daher nur bei primären und sekundären Erscheinungen, Jod wirke nur als Resorbens besonders bei tertiären), doch nicht richtig, da man es ja oft erlebt, daſs Gummata, die dem Jod widerstanden, auf energische Quecksilberanwendung wichen. — Jedenfalls dürfe man aus der Fingerschen Theorie noch keine praktischen Folgerungen ziehen, wie es Schuster-Aachen angeregt hat, und etwa gesunde Menschen durch Impfung mit dem Blutserum Syphilitischer gegen Syphilis zu immunisieren versuchen.

In der an den Vortrag sich anschlieſsenden Diskussion trat Dohrn auf Grund seiner gynäkologischen Erfahrungen für das Kassowitzsche Gesetz ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Relationen der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harne bei Carcinom, von Töpfer. Vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Woch.* 1892. 3.) Verfasser untersucht, wie sich bei Carcinomatösen der Stickstoff des Harnes auf die einzelnen stickstoffhaltigen Bestandteile desselben verteilt, und findet dabei sehr interessante Resultate: der Harnstoff-Stickstoff ist wesentlich vermindert, während der Extraktivstoff-Stickstoff sehr erheblich vermehrt ist. Ersterer beträgt bei Carcinomatösen stets unter 80% (bei Gesunden stets über 80%), letzterer 13—23% (bei Gesunden nur 0,6—5,1%). Diese bedeutenden Differenzen sind unabhängig von der Nahrung. Über die Natur der Träger des Extraktiv-Stickstoffs verspricht der Verfasser weitere Mitteilungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Kankroide mit Injektionen, von Rossander. (*Allg. med. Centr.-Zeit.* No. 95. 1891; *Centralbl. f. kl. Med.* No. 46. 1891.) Verfasser hat 4 Fälle von Kankroiden mit Injektionen von Kaliumhydrat in der Stärke von ½—1% behandelt und in dreien eine auffallende heilende Wirkung gesehen. Die Einspritzungen wurden alle 2—3 Tage je 2—3 Gramm in die nächste Umgebung der Neubildung auf verschiedene Stellen verteilt gemacht. Verfasser veröffentlicht seine Versuche jetzt, um zur Prüfung der Frage aufzufordern. *F. Hahn-Bremen.*

Ein weiterer Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsengebrauch, von Dr. R. Förster. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 11.) Ein 8jähr. Knabe hatte wegen nervöser Affektionen 35,0 Liquor kalii arsenici gebraucht, wonach sich ein Teil des Körpers dunkel färbte. Besonders waren es die Seiten des Bauches und Brustkorbes, schon in der Axilla beginnend, und insbesondere die Hautbedeckung der die Achselhöhle begrenzenden Muskelbeuge. Vom Nabel abwärts ist der ganze Bauch dunkel; Glied, Gefäfs und Innenseite der Oberschenkel im oberen Drittel sind ebenfalls braun. Nach Aussetzen des Arseniks wird die Hautfarbe fast vollständig normal, um sich wieder zu verändern, nachdem einige Zeit wieder Arsenik genommen war. *L. Hoffmann-Berlin.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre, von D. Fejér. (*Pest. med. chir. Presse.* No. 44. 1891. *Allg. med. Centralztg.* No. 95. 1891.) Verfasser zerstört die Beläge der Geschwüre mit Lapis, Chlorzink oder Glüheisen; nach 3—10 Tagen wird der erste Verband gewechselt, das Geschwür dünn mit Jodoform bestreut und ein gut erweichtes Quecksilberpflaster appliziert und mit Gazebinde angedrückt. Das Verfahren ist etwas umständlich, erweist sich aber nach Verfasser als sehr heilsam. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Fufsgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtinverbänden, von Komich. (*Wien. med. Presse.* No. 45. ref. *Allg. med. Centralztg.* No. 90. 1891.) R. hat von der Unnaschen Methode gute Erfolge auch unter sonst ungünstigen Verhältnissen gesehen, wenn es sich um einfache Ulcera cruris ohne Komplikation mit akuten Entzündungserscheinungen, wie Lymphangitis, Phlebitis, Ekzemen handelte. Auch liefs sie nicht im Stich, wenn die Geschwüre die Gegend des Sprunggelenks einnahmen. Damit die steife Binde nicht auf die Schienbeinkante und die Strecksehnen drückt, schützt er diese Teile durch einen Streifen geleimter Watte und eine Flanellbinde. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Lehre von der Sklerodermie, von M. Dinkler. (Habilitationsschrift. Heidelberg. 1891.) Verfasser berichtet eingehend über drei Fälle von Sklerodermie, von welchen einer zur Obduktion kam. Er giebt das Resultat einer genauen mikroskopischen Untersuchung und knüpft dann daran eine ausführliche Darstellung der gesamten Pathologie der Sklerodermie, die vieles Interessante bietet. Es kann hier nur das Wichtigste hervorgehoben werden. Die Sklerodermie ist eine Krankheit sui generis beginnend mit von mehr oder weniger ausgeprägter vasomotorischer Hyperämie begleiteter derber Schwellung und endend mit narbiger Atrophie. Die zirkumskripte und diffuse Form gehören zusammen und können ineinander übergehen, die anämischen Veränderungen sind bei beiden Formen gleich. In den Muskeln und dem Gehirn (Westpfahl) können primäre isolierte sklerotische Herde bei der Sklerodermie auftreten. Die Ätiologie ist dunkel; es können wohl verschiedene Ursachen zur Sklerodermie führen (im ersten Falle gaben Strapazen, im zweiten schlechte Ernährung, im dritten Erkältung den Anstofs zur Sklerodermie). Das vornehmste Ergebnis der anatomischen Untersuchung war der Befund einer Peri-, Meso- und Endoarteritis fibrosa in einzelnen Arterienzweigen, die festzustellen ist, bevor an der Haut makroskopische Veränderungen sichtbar sind, und wahrscheinlich das Primäre bei der Sklerodermie darstellen.

Veränderungen im centralen und peripheren Nervensystem einschliefslich des Sympathikus waren nicht vorhanden (jedoch ist vom Sympathikus nur das rechte untere Cervikalganglion und ein sich daran schliefsendes 1 cm langes Stück untersucht). — Die Veränderungen in der Haut beruhen auf einer Bindegewebswucherung, die sich aus indifferentem Granulationsgewebe zum ausgebildeten Narbengewebe entwickelt. Die Derbheit der Haut im ersten Stadium ist durch Quellung der Bindegewebsfibrillen, der Bindegewebszellen und durch das neugebildete junge Bindegewebe bedingt; die Pigmentierung beruht auf einer Pigmentablagerung in den Cylinderzellen des Rete.

Verfasser schliefst aus seinen Befunden, dafs wahrscheinlich die Sklerodermie auf eine Gefäfserkrankung zurückzuführen ist, und empfiehlt eine Behandlung mit dem konstanten Strom, warmen Bädern etc.

Erwähnenswert ist noch, dafs Verfasser auch die schon von Erb und Thibièrge, jüngst von Eulenburg konstant beobachtete bedeutende Herabsetzung des Hautwiderstandes für den galvanischen Strom in den erkrankten Teilen feststellen konnte, die sonst eine hervorragende, wenn auch nicht pathognomonische Erscheinung beim Morbus Basedowii bildet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mifsbildungen.

Über Hypertrichosis auf pigmentierter Haut, von Dr. M. Joseph. (*Berl. klin. Wochenschr.*, No. 8, 1892.) Verfasser beschreibt einen Fall, bei dem Hals, Rücken, Brust, der gröfste Teil des linken Armes und ein kleiner Teil des rechten Oberarms von einem zusammenhängenden, tierfellähnlichen Naevus piliferus pigmentosus eingenommen ist. Kleine Naevi sind in grofser Menge an verschiedenen Stellen zerstreut. Die Farbe der pigmentierten Haut ist im allgemeinen chokoladenbraun; die Haut ist teils glatt, teils uneben und verdickt. An dem Rücken befinden sich mehrere pflaumengrofse Mollusca fibrosa. Die Behaarung ist nicht überall gleichmäfsig. Auch dieser Fall zeigte, dafs sich auch auf den Naevi pilosi die Richtung der Haare in den von Eschricht-Voigt angegebenen Linien ausprägt. Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück aus der Mitte des Naevus vom Rücken exzidiert und nach der von Benda angegebenen Methode behandelt. Die Untersuchung ergab nun folgende Verhältnisse. Während das Stratum corneum und Stratum lucidum vollkommen

normal waren, fand sich im Gebiete des Rete Malpighii eine regelmäfsige Pigmentierung. Die Cutis war in einer breiten Schicht von grofskernigen, spindelförmigen Zellen durchsetzt. Im Papillarkörper fanden sich solche Zellen in scharf abgegrenzten, runden Haufen bei einander. Kernteilungsfiguren waren nirgends zu finden. Zwischen diesen Zellen fanden sich einige von gleichem Charakter des Kerns, deren Zellleib mit dunkelbraunen, unregelmäfsigen Körnchen dicht angefüllt war. Die Anzahl dieser Zellen war an verschiedenen Stellen sehr wechselnd. Die Haarbälge, Talg- und Schweifsdrüsen, sowie das Unterhautzellgewebe waren vollkommen normal. Therapeutisch wandte J. bei den Naevis im Gesicht die Elektrolyse mit gutem Erfolge an.

L. Hoffmann-Berlin.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über mangelhafte Entwickelung der weiblichen Genitalien, von O. Ferrari. (Inaug.-Dissert. Marburg. 1891.) Es werden 21 Fälle von mehr oder weniger mangelhafter Entwickelung der weiblichen Genitalien ausführlich beschrieben, die bei einer Zahl von 4000 Kranken in der Marburger gynäkologischen Klinik in 7 Jahren beobachtet wurden, d. h. bei 0,5% der Kranken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Craurosis vulvae, von G. D. Orthmann. (Inaug.-Dissert. Marburg. 1890.) Es werden fünf neue Fälle aus der A. Martinschen Klinik von der 1885 zuerst von Breisky beschriebenen und als Craurosis vulvae bezeichneten Atrophie der Haut an den weiblichen Genitalien mitgeteilt. Die Erscheinungen sind: Stenosis vestibuli; Trockenheit, Glätte und narbenähnliche Beschaffenheit der Haut; Verstreichen der kleinen Labien etc. Bemerkenswert sind die von Janovsky angegebenen leukoplakie-ähnlichen Veränderungen an der Vaginalschleimhaut. — Alle fünf Patientinnen im Alter von 24—66 Jahren klagten über starke Beschwerden: Fluor, Jucken, Schmerzen beim Coitus etc. Da die medikamentöse Therapie fruchtlos blieb, machte Martin eine vollkommene Exzision der erkrankten Teile der Haut mit Clitoris, ringförmig um den Introitus. Der Erfolg war sehr günstig.

Die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Teile ergab, wie es auch Breisky angegeben, dafs dem atrophischen Stadium ein hypertrophisch-entzündliches vorausgehe mit Zellwucherung und kleinzelliger Infiltration. — Die Ätiologie wurde durch diese Fälle nicht geklärt; vielleicht ist gonorrhoische Infektion von Bedeutung. Die bakteriologische Untersuchung ergab nichts Charakteristisches.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über totale Zerstörung der weiblichen Urethra und ihre Behandlung insbesondere durch plastische Operationen, von J. Luerken. (Inaug.-Dissert. Marburg. 1890.) Verfasser bespricht hauptsächlich die chirurgischen Verfahren bei Zerstörung der weiblichen Urethra infolge von Entbindungen und bei urethraler Inkontinenz aus anderen Ursachen. Bei Erfolglosigkeit der chirurgischen Versuche zur Herstellung annähernd normaler Verhältnisse empfiehlt er, wenn man sich nicht zur Episiokleisis mit Anlegung einer Recto-Vaginalfistel oder gar zur Einheilung der Urethra ins Rectum entschliefst, einen Verschlufsapparat von Ahlfeld.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Geschwülste der Scheidenhäute, des Hodens und des Samenstranges, ihre Diagnose und Behandlung, von W. Herfarth. (Inaug.-Dissert. Marburg. 1891.) Im Anschlufs an einen in der chirurgischen Klinik zu Marburg operierten Fall an Myxo-Chondro-Fibro-Sarkom, ausgehend von der Scheidenhaut des Skrotum, bespricht der Autor die am Samenstrange und den Scheidenhäuten beobachteten Geschwülste: Lipome, Fibrome, Myxome, Sarkome, Carcinome, Enchondrome, ein Fall von Gumma

und Kombinationsgeschwülste. Der Fall von Gumma des Samenstranges ist von Zeissl beschrieben: Zur Zeit eines Rezidivs von Haut- und Schleimhautpapeln fand Z. am rechten Samenstrang eine rasch bis auf Taubeneigröfse zunehmende, schmerzlose Verdickung, die sich oberhalb des Hodens, an der Innenfläche des Vas deferens befand und unter antiluetischer Behandlung schnell zurückging. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Harnröhrenstrikturen, von M. Wassermann und N. Hallé. (*Annales des mal. des org. gén.-urin.*, März/Mai 1891.) Die Verfasser geben zunächst eine Darstellung der Veränderungen bei der blennorrhoischen Striktur nach anderen Autoren. Alle stimmen heute darin überein, dafs man dieselbe als das Resultat einer periurethralen, mehr oder weniger ausgedehnten, mehr oder weniger dichten fibrösen Neubildung ansehen mufs, in deren Niveau der Kanal seine normale Weite und physiologische Dehnbarkeit verloren hat. Die Art des pathologischen Prozesses, welcher die Striktur herbeiführt, ist verschieden verstanden und gedeutet worden. Die meisten Autoren sind der Ansicht, dafs das fibröse Gewebe der blennorrhoischen Striktur nicht das Ergebnis einer Ulceration der Mukosa ist, sondern eines Prozesses, welcher sich von der Mukosa und Submukosa auf die tieferen Schichten fortsetzt.

Von den Verfassern werden unter Beigabe von Abbildungen der Präparate drei histologisch genau untersuchte Fälle beschrieben und über die Natur und die topographische Verteilung der blennorrhoischen Strikturen allgemeine Betrachtungen angeknüpft. Der erste Fall betraf einen alten Mann, in dessen Pars bulbosa eine Striktur nachzuweisen war; der zweite einen Mann, welcher an Harnverhaltung und Harnintoxikation starb. Bei ihm fand sich ebenfalls eine Striktur in der Pars bulbosa. Im dritten Falle war nach der Operation eines Urinabscesses in der Skrotalperinealgegend der Tod eingetreten. Hinter der Fossa navicularis war eine enge primäre Striktur zu konstatieren. Es war eine Induration fast der ganzen Pars pendula zu fühlen. Nur an zwei Stellen, unmittelbar hinter der Glans und ungefähr in der Mitte derselben war die Induration ausgesprochener. Die ganze Rute wurde durch zur Längsrichtung derselben senkrechte Schnitte in eine Reihe von Segmenten von ca. 2 cm Dicke geteilt, welche in Alkohol gehärtet und auf in Pikrocarmin getärbten Schnitten untersucht wurden. Diese Art der Schnittführung wurde auch in den beiden anderen Fällen angewandt. Die pathologischen Veränderungen bleiben so an ihrer Stelle, ihre Verteilung und Tiefe auf jedem Schnitte sind leicht wahrzunehmen. Modifikationen in der Form und in dem Kaliber des Kanals, welche auf Längsschnitten unbemerkt bleiben würden, können so leicht konstatiert werden. Die Querschnitte in Serien liefern makroskopisch wie mikroskopisch weit instruktivere Präparate als die Längsschnitte.

Im allgemeinen ergiebt sich nun aus den mikroskopischen Untersuchungen der drei Fälle folgender Befund: In den beiden ersten Fällen ist besonders die Pars bulbosa betroffen, in dem dritten nur die Pars pendula in grofser Ausdehnung, während im Bulbus die Urethra weit dilatiert ist. Zunächst fällt die diffuse Ausbreitung des Prozesses auf. Auch an den Stellen, wo sich keine klinisch wahrnehmbare Striktur findet, zeigen sich grofse Veränderungen der Wand. Die konstantesten bietet das Epithel, mit denen stets ein mehr oder minder hoher Grad von Sklerose der Submukosa einhergeht. An den nicht strikturierten Stellen ist die Urethra weit, klaffend, mit gradlinigen, glatten, gleichsam gespannten Wänden versehen. Überall sind tiefe Prozesse in dem Corpus spongiosum zu bemerken. Aus dem geschichteten Cylinderepithel ist Pflasterepithel geworden, mit einer verhornten Schicht an bestimmten Punkten. Die schlaffe, fast netzförmige Schleimhaut der normalen Urethra ist hier mit embryonalen Stellen infiltriert und durch fibröses Gewebe verdickt. Das elastische

Gewebe ist zerstört, durch Sklerose verdrängt. Die Trabekeln des teilweise vom elastischen Gewebe ersetzten Corpus spongiosum sind verdickt, die Muskelbündel sind hypertrophisch und degeneriert, die grofsen Arterien von Endarteritis befallen, die Drüsen atrophisch oder zu Cysten erweitert. Es hat sich eine totale Sklerose ausgebildet. Das aus dem geschichteten Cylinderepithel entstandene Pflasterepithel zeigt grofse Verschiedenheiten in Bezug auf Dicke und Struktur. In geringen Graden sind die Zellen einfach kubisch abgeflacht. Öfters zeigt das neue Epithel eine tiefe Zone von polygonalen Zellen, eine höhere von abgeplatteten. Darüber kann man zuweilen eine verhornte Schicht sehen. In den zwei ersten Fällen wurde sie beobachtet, aber nie in der Pars posterior, was in Beziehung steht zu dem verschiedenen embryonalen Ursprung der beiden Teile der Urethra. In der Erklärung dieser epithelialen Umbildungen schliefsen sich die Verfasser Baraban an, welcher sie als direktes Resultat der Einwirkung äufserer Schädlichkeiten auf die Mukosa, der Gonokokken, der anderen Parasiten der Urethra, therapeutischer Eingriffe etc. ansieht. Von den Veränderungen der Mukosa interessiert besonders die pathologische Bildung von Papillen und selbst von Vegetationen innerhalb der Urethra. Fast an allen Stellen, wo Pflasterepithel sich findet, zeigen sich Hervorragungen, welche mehr oder weniger in Form von rudimentären Papillen zu erkennen sind und der basalen Epithelschicht ein unregelmäfsig gebuchtetes Aussehen geben. An anderen Punkten sieht man reine Wucherungen. Diese Bildungen scheinen vorzugsweise an den Stellen zu entstehen, wo die Mukosa von einer reichlichen kleinzelligen Infiltration befallen ist. Im hinteren Teil der Striktur ist die Mukosa (Fall 2) ausgedehnt ulceriert; das Epithel ist verschwunden, und es findet sich hier ein Haufen kleiner runder Zellen mit reichlichen neugebildeten Gefäfsen. Die Drüsen sind teils atrophiert, teils cystisch entartet und von starker Periadenitis umgeben. Das Corpus spongiosum ist im Gebiet der Striktur an Volumen sehr reduziert, von frisch grauer Farbe, harter Konsistenz. In diesem atrophischen Corpus spongiosum erstrecken sich die histologischen Veränderungen auf alle Elemente, das fibröse Gewebe, die Muskeln der Trabekeln und die Arterien. Besonders hervorzuheben sind die Veränderungen der grofsen Arterien im Bereiche der Striktur. Dieselben sind endarteritisch erkrankt in allen Graden. Ein Teil des Gefäfslumens ist durch Wucherung der Tunica intima obliteriert. An anderen Arterien ist das Lumen ganz verschwunden. In äufsersten Graden ist das Gefäfs durch fibröses Gewebe ersetzt, welches von Muskelbündeln umgeben ist.

Über den ursprünglichen Sitz der Erkrankung gestatten diese Fälle wegen ihres Alters keine genauen Schlüsse. Im ersten Fall herrscht die Sklerose an der unteren Wand vor. Sie geht am tiefsten an der strikturierten Stelle, in den Seitenteilen des Corpus spongiosum. Im zweiten Falle umgiebt die Sklerose den ganzen Kanal. Vor der Striktur, an der oberen Wand, ist sie am dichtesten, am reinsten fibrös. Im Gebiet der engsten Stelle des Bulbus ergreift und obliteriert die gleichmäfsig ringförmige und totale Sklerose eine ganze Hälfte des Bulbusgewebes. Im dritten Falle breitet sich die in einem dünnen Bande auf der unteren Seite verteilte fibröse Neubildung in zwei voluminösen Massen in die Seitenteile des Corpus spongiosum aus. Verfasser schliefsen aus ihrem und einem von Baraban beschriebenen ähnlichen Falle, dafs die periurethrale Sklerose in ihrer Verteilung nicht immer die gleiche Topographie darbietet, und dafs sich nicht immer an der oberen Wand eine Zone von elastischem Gewebe zwischen den zwei seitlichen Segmenten des spongiösen Gewebes findet, welche von der chronischen Entzündung verschont blieb und von mehreren Autoren als Hauptbeweis zu Gunsten der Urethrotomia durch die Medianlinie der oberen Urethralwand angeführt wird. Jedenfalls ist es für den Erfolg der Urethrotomie von grofserBedeutung, wenn der Schnitt in noch elastisches Gewebe geführt wird.

Im übrigen wird auf die sehr verdienstvolle Arbeit verwiesen.

A. Strauſs-Hamburg.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Zur Therapie der Gonorrhoe, von Czempin. (*Der ärztl. Prakt.* No. 31. 1891.) Die beim Weibe infolge reizender Ausflüsse vorkommenden Condylomata acuminata bestreut C. mit gutem Erfolge mit Rp. Pulv. herb. Sabin. 15,0, Hydrarg. oxyd. rubr., Alum. ust. ā 4,0 Mfpulv.

Gegen **Colpitis gonorrhoica** verwendet er Acid. tannic. 20,0, Glycerin 180,0 Mds.: 1 Eſslöffel auf 1 Liter Wasser zu Ausspülungen. *F. Hahn-Bremen.*

Über die sogenannte gonorrhoische Harnblasenentzündung, von Dr. du Mesnil. (*Virchows Archiv.* Bd. 126.) Verf. beschreibt einen Fall von Cystitis und Pyelitis bei Gonorrhoe, den er selbst behandelt und post mortem mikroskopisch untersucht hat und bei dem die Untersuchung des Sekretes von der Blasenschleimhaut, den Ureteren, des Nierenbeckens und der streifigen Nierenabscesse auf Gonokokken ein negatives Resultat ergab, obgleich in vivo in dem Sediment des durch den Katheter entleerten Urins bis 8 Tage vor dem Tode regelmäſsig spärliche aber typische in Eiterzellen eingeschlossene Gonokokken nachweisbar waren. Er schlieſst daraus, daſs auch Cystitiden, die klinisch vollständig den Eindruck von gonorrhoischen machen, bei denen im Harn Gonokokken nachweisbar sind, in Wirklichkeit nicht durch Gonokokken bedingt zu sein brauchen. Andererseits muſs sich, wenn gonokokkenhaltige Eitermassen längere Zeit in der Blase verweilen, an eine Gonorrhoea posterior purulenta mit reichlicher Sekretion in jedem Falle eine diffuse Cystitis anschlieſsen, vorausgesetzt, daſs es sich bei den Gonokokken um anaërobe Bakterien handelt und diese den Harnstoff zu zersetzen im stande sind. Daſs die Gonokokken fakultativ anaërobiob sind, davon hat er sich durch lebensfähige Kulturen, die unter Sauerstoffabschluſs auf menschlichem Blutserum gezüchtet wurden, selbst überzeugen können. Ob diese Gonokokken, sowie rein gonorrhoischer Eiter im stande sind, Harnstoff in kohlensaures Ammoniak zu verwandeln, darüber wurden Untersuchungen angestellt und ergaben dieselben, daſs Gonokokken den Harnstoff nicht zersetzen und, daſs folglich, wenn bei einer Cystitis der Harn alkalisch und ammoniakalisch reagiert diese Cystitis durch Gonokokken nicht bedingt sein kann. *L. Hoffmann-Berlin.*

Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reinkultur, von Dr. C. Gebhard. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 11. 1892.) Schon Wertheim hat ein Verfahren angegeben, den Gonococcus mit Hülfe des Plattenverfahrens in Reinkultur zu züchten. Verfasser beschreibt nun folgendes Verfahren. Das retroplacentare Blut, welches sich nach Ausstoſsung der Placenta aus der Vulva ergieſst, wurde in sterilisierten Erlenmeyerschen Kölbchen aufgefangen, letztere mit Wattepfropfen verschlossen und sofort in den Eisschrank gestellt, in welchem sie 1—2 mal 24 Stunden verblieben. Nach Ablauf dieser Frist wurde das ausgeschiedene Blutserum mittelst sterilisierter Pipette abgehoben und in ebenfalls sterilisierte Reagenzgläser in einer Menge von je circa 1—3 cbcm übergeführt. Die so beschickten Reagenzgläser wurden, mit Wattepfropf und Gummikappe versehen, an 7 aufeinander folgenden Tagen je 1½ Stunden lang bei 58° C. im Thermostaten sterilisiert, dann zur Prüfung ihrer Keimfreiheit einige Tage bei Körpertemperatur gehalten. Diejenigen Gläser, welche das klarste Serum enthielten, benutzte er zur Herstellung des Nährbodens für die Reinkulturen in der Weise, daſs er sie, genau wie es Wertheim beschrieben hat, mit 2 Teilen gewöhnlichen Fleischinfuspeptonagars versetzte und schräg erstarren lieſs. Da beim Mischen

der beiden Bestandteile bisweilen Keime in die Flüssigkeit geraten, so zieht Verfasser es jetzt vor, das noch nicht sterilisierte Serum mit dem Fleischinfuspeptonagar zu vermengen und dann erst die schräg erstarrte Masse der fraktionierten Sterilisation zu unterwerfen. Die Temperatur des Thermostaten darf nicht zu hoch steigen, damit nicht eine Trübung durch Ausfallen von Eiweifskörpern auftritt. Den Inhalt derjenigen Gläser, welche durch Hämoglobin mehr oder weniger braun gefärbtes Serum enthalten, kann man ohne Nachteil zum Plattengiefsen verwenden. Zu demselben scheint es geeigneter zu sein, eine Mischung von Blutserum und Fleischinfuspeptonagar zu gleichen Teilen zu benutzen. Betrachtet man nun die Platten, welche mit einigen Ösen gonokokkenhaltigen Eiters versetzt und bei Körpertemperatur aufbewahrt sind, nach Ablauf der ersten 24 Stunden, so erkennt man aufser den zahlreichen anderen Kolonien kleinste, weifsgelbe Pünktchen. Am 3. Tage nach der Impfung sind die Kolonien schon so grofs geworden, dafs man an ihnen mit bloſsem Auge die unregelmäfsige Gestaltung wahrnehmen kann. Bei etwa 15facher Vergröfserung stellen die tief liegenden Kolonien eine scharf begrenzte, unregelmäfsig gestaltete Masse dar, deren Form derjenigen einer geballten Wolke nicht unähnlich ist, und es ist besonders auffallend, dafs aus dem Centrum der Kolonie halbkugelige, später mehr längliche, finger- oder wurzelartige Ausläufer in verschiedenen Etagen vorspringen. Die Farbe ist erdbraun, in den durchsichtigen Ausläufern von hellerer, im Centrum von dunklerer Nuance. Die Farbe beruht aber nur auf optischen Absorptions- und Interferenzvorgängen. Das Wachstum der tief liegenden Kolonien ist ein langsames, die oberflächlichen zeigen weniger charakteristische Merkmale. Auf schräg erstarrtem Nährboden erscheinen schon 12 Stunden nach der Impfung glasig durchscheinende Tröpfchen, welche Neigung haben, zu konfluieren, und welche dem Nährboden ziemlich fest anhaften. Gestalt wie Wachstumsenergie variieren, doch schreibt Verfasser diese Differenzen der inkonstanten Zusammensetzung des Nährbodens zu. Untersucht man die Individuen einer solchen Kolonie genauer, so findet man, dafs dieselben aus Semmelkokken verschiedener Gröfse bestehen, häufig zu Tetraden angeordnet, dafs sie sich mit den gewöhnlichen Anilinfarben leicht tingieren lassen, letztere aber bei der Gramschen Färbung im Jodjodkalium wieder abgeben. Diese Kokken vermögen sich auf den gewöhnlichen, künstlichen Nährböden nicht zu vermehren, gedeihen kümmerlich auf schräg erstarrtem Blutserum (ohne Fleischinfuspeptonagarzusatz) und bewirken, auf die menschliche Urethra geimpft, einen unter den klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe verlaufenden, eitrigen Schleimhautkatarrh, in dessen Produkt Gonokokken in ihrem typischen Verhalten zu den Zellen bakterioskopisch nachweisbar sind. Aus dem Eiter vermag man dieselben Kokken wieder zu züchten.

L. Hoffmann-Berlin.

Verschiedenes.

Einige der gewöhnlichsten Irrtümer bei der Diagnose von Hautkrankheiten, von J. Zeisler. (*Journ. amer. med. Assoc.* 21. März 1891.) Verfasser bespricht einige teils recht verhängnisvolle Irrtümer, die von verschiedenen praktischen Ärzten bei vorhandener Syphilis, Psoriasis, Morbus maculosus Werlhofii, etc. begangen worden waren. Er betont die Notwendigkeit, dafs auch der Hausarzt die häufigeren Hautkrankheiten mit Sicherheit diagnostizieren könne, und giebt einige diagnostische Winke an.

Philippi-Nicheim.

Ein einfaches hydroelektrisches (monopolares) Bad von Appenzeller. (*Der ärztl. Praktiker* No. 5. 1892). Die Einrichtung des elektrischen Bades ist folgende: „Sie besteht einmal aus einer Auskleidung der Zinkwanne, bestehend aus einem Weidenkorbgeflecht, welches nicht ganz bis zum Rande der Wanne heraufzureichen braucht, sodann aus einer Messingblechröhre, etwa halb so lang als die Wanne oben in der Mitte breit, welche so über einen (viel längeren) Holzstab gesteckt wird, dafs sie, quer über die Wanne gelegt, diese beiderseits nicht berührt. An Wanne und Messingröhre wird je eine Polklemme gelötet, so dafs dieselben mit den Polen einer konstanten Batterie oder eines Induktionsapparates verbunden werden können.

Badewasser 28—30° R., rein oder mit Kochsalzzusatz.

Der im Bade sitzende oder liegende Patient fafst die mit feuchtem Stoffstück umhüllte Messingröhre mit beiden Händen an. Der Strom sei anfangs schwach wegen leicht eintretender Alteration der Cirkulationsorgane. Unter das Gesäfs kann noch ein mehrfach zusammengelegtes Tuch gelegt werden, doch haben sich die Patienten noch nie über unangenehmes Sitzen beklagt." *P. Taenzer-Bremen.*

Über Photographie innerer Körperhöhlen, insbesondere der Harnblase und des Magens, von Kutner. (*Dtsch. med. Woch.* 1891, No. 48.) Die Photographie im Endoskop scheiterte bisher an der Lichtschwäche des Bildes und an der Unkenntnis des Orts, wo dasselbe im Apparat schwebt; ein zum Patent angemeldeter Apparat existiert bisher nur in der Zeichnung. Verf. hat nun einen Apparat konstruiert (derselbe wird genau beschrieben), welcher die Herstellung von Negativs erlaubt, die dann vergröfsert werden und recht nette Bilder ergeben. Die Erreichung feinster Details scheitert noch an der Unzulänglichkeit des lichtempfindlichen Papiers; erstrebenswert ist aufserdem die Momentaufnahme mittelst Magnesiumlicht. Versuche mit Photographie des Mageninnern sind bisher nur am Phantom gemacht worden.

F. Hahn-Bremen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 10. 15. Mai 1892.

Bakteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyols betreffend.

Vortrag gehalten am 24. März 1892.

Von

Dr. Latteux, Paris.

Chef du Service médical de la Banque de France,
Ancien Chef du Laboratoire de Clinique chirurgicale de la Faculté.

Die Mitteilungen, welche ich der Société de Médecine pratique heute zu unterbreiten die Ehre habe, sind das Ergebnis ausgedehnter bakteriologischer Untersuchungen, welche ich in meinem Laboratorium seit mehr als einem Jahre gemacht habe.

Es sind nicht rein experimentelle Versuche, da ich das Ichthyol schon vorher vielfach klinisch versucht hatte, wozu mir reichliches Material bei dem grofsen Personal der Bank zur Verfügung stand.

Ich beabsichtige nicht, an dieser Stelle alles, was ich beobachtet habe, aufzuzählen, sondern will nur darauf hinweisen, dafs bei Behandlung zahlreicher Affektionen die entzündlichen Phänomene, welche in erster Linie auffallen, in Wirklichkeit nur sekundäre Vorgänge sind resp. den wahrnehmbaren Teil der Störungen darstellen, welche durch Myriaden von mehr oder weniger pathogenen und mehr oder weniger widerstandsfähigen Mikroorganismen verursacht sind.

Es folgt daraus, dafs man die verschiedenen antiseptischen Behandlungen bei derartigen Leiden ins Auge fassen mufs, weshalb auch ich es für angebracht erachtete, verschiedene Medikamente auf ihren antiseptischen Wert zu prüfen.

Unter denselben hat namentlich das Ichthyol (Ichthyolammonium), mit welchem ich Sie jetzt näher unterhalten werde, mein besonderes Interesse erregt, und werden auch Sie angesichts der beigegebenen Tabellen zugeben müssen, dafs dasselbe ein bemerkenswertes Antiseptikum ist und um so lieber angewandt werden kann, als es keine schädlichen Nebenwirkungen hervorruft, so lange man dasselbe in bescheidenen, aber immerhin vollständig genügenden Mengen verordnet.

Meine Versuche bezogen sich auf diejenigen Mikroorganismen, welche wir in der Praxis am häufigsten antreffen, nämlich:

1. Staphylococcus pyogenes aureus,
2. Staphylococcus pyogenes albus,
3. Streptococcus erysipelatis,
4. Streptococcus pyogenes,
5. Streptococcus aus eitriger Pleuritis,
6. Bacillus typhosus,
7. Diplococcus pneumoniae,
8. Micrococcus gonorrhoeae,
9. Trichophyton tonsurans.

Zuerst habe ich mir vollvirulente Reinkulturen angelegt aus dem Material, welches mir in meiner eigenen Praxis und dann auch in derjenigen anderer Kollegen zu Gebote stand. Ich unterlasse es, auf den technischen Teil einzugehen, wie ich die einzelnen Organismen isoliert habe, da Ihnen solches bekannt sein dürfte; Thatsache ist es, daſs die nachfolgenden Resultate unter Benutzung von Kulturen gewonnen sind, von deren Reinheit ich mich vorher durch sorgfältige mikroskopische Untersuchung überzeugt habe.

Die Anordnung der Versuche war bei allen vorgenannten Arten die gleiche und zwar wie folgt:

1. Es wird eine konzentrierte Ichthyollösung in sterilisierter Nährbouillon hergestellt.
2. Es werden acht bei 150° sterilisierte Gläser angefüllt mit 10 Kubikcentimeter Nährbouillon, welche sich nach 3 tägigem Aufenthalt im Ofen bei 35° steril erwies.
3. Jedem Glas, mit Ausnahme von No. 1, welches zur Kontrolle dient, werden genau dosierte Mengen der ursprünglichen konzentrierten Ichthyollösung hinzugefügt und das Ganze der Vorsicht halber wieder während zwei Tagen im Brutofen gelassen.
4. Der Inhalt eines jeden Glases wird mit derselben Platinöse geimpft.

Ich habe die Versuche zweimal zu verschiedenen Zeiten durchgeführt, um mich selbst zu kontrollieren, und sind die Resultate beide Male die gleichen gewesen. Nachstehend folgt nun das Ergebnis der zweiten Versuchsreihe.

1. Staphylococcus pyogenes aureus.

Eine Reinkultur wird am 10. Januar in die folgenden Gläser übertragen und ergiebt nach 24 Stunden die beibemerkten Resultate:

Serie I.

No. 1	Nährbouillon	purum		trübe Flüssigkeit, kräftiges Wachstum.
„ 2	do.	mit 0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	do.	„ 0,50%	„	gelber Bodensatz.
„ 4	do.	„ 1%	„	leichte Trübung.
„ 5	do.	„ 2%	„	wenig sichtbare Trübung.
„ 6	do.	„ 3%	„	kein Wachstum.
„ 7	do.	„ 4%	„	do.
„ 8	do.	„ 5%	„	do.

Mit einem Tropfen aus jedem der vorgenannten Gläser wird am 10. Januar, nachdem das Ichthyol 5 Minuten eingewirkt hat, die Nährgelatine von weiteren 8 Gläsern infiziert. Nach 24 Stunden im Brutofen bei 20° ist das Resultat wie folgt:

Serie II.

No. 1	Reinkultur			Gelatine verflüssigt.
„ 2	Infiziert mit Bouillon enthaltend	0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	„ „	0,50%	„	do.
„ 4	„ „	1%	„	do.
„ 5	„ „	2%	„	teilweise verflüssigt.
„ 6	„ „	3%	„	Spuren von Verflüssigung.
„ 7	„ „	4%	„	steril.
„ 8	„ „	5%	„	do.

Im Nachfolgenden Beschreibung des Patienten, welcher mir das Material lieferte:

Mann, 35 Jahre alt, von ziemlich schlechter Konstitution. Er konsultiert mich wegen einer Phlegmone am rechten Gesäfs. Ich mache einen ziemlich grofsen Einschnitt und wasche die Wundhöhle mit einer 5% Ichthyollösung.

Es wird ein Drain angelegt.

Am folgenden Tage wird ein Glas, enthaltend Agar, mit etwas Flüssigkeit infiziert, welche ich tief aus der Wunde entnehme. Eine Kokkenentwickelung ist nicht mehr zu konstatieren.

Der Drain wird weggelassen und Kompressen angelegt, welche mit einer 5% Ichthyollösung durchfeuchtet sind.

Nach 6 Tagen war die Wunde vollständig geheilt.

2. Staphylococcus pyogenes albus.

Die Kultur erhalte ich von einem kleinen Patienten, welcher mich wegen eines Abscesses des äufseren Gehörganges konsultierte.

Ich infizierte am 15. Januar und hatte nach 24 Stunden das folgende Resultat:

Serie I.

No. 1	Nährbouillon		purum		milchig getrübt.
„ 2	do.	mit	0,10%	Ichthyol	trübe, Fällung.
„ 3	do.	„	0,50%	„	do.
„ 4	do.	„	1%	„	do.
„ 5	do.	„	2%	„	opaleszierend.
„ 6	do.	„	3%	„	durchsichtig.
„ 7	do.	„	4%	„	do.
„ 8	do.	„	5%	„	do.

Mit einem Tropfen aus jedem dieser Gläser wird, nachdem das Ichthyol 5 Minuten eingewirkt hat, die Nährgelatine von weiteren 8 Gläsern infiziert. Nach 24 Stunden im Ofen bei 20°:

Serie II.

No. 1	Reinkultur				Spuren von Verflüssigung.
„ 2	Infiziert mit Bouillon				
		enthaltend	0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	„	„	0,50%	„	do.
„ 4	„	„	1%	„	do.
„ 5	„	„	2%	„	do.
„ 6	„	„	3%	„	do.
„ 7	„	„	4%	„	do.

Nota. Bei längerem Stehen tritt Verflüssigung der Gelatine ein bei 2% und weniger Ichthyol.

Der kleine Kranke, dem ich stündlich Lösungen mit 5% Ichthyol einführen ließs, bot sonst nichts Interessantes und war nach 2 oder 3 Tagen geheilt.

Dasselbe negative Resultat wie vordem beim Versuch, den Agar mit einem Tropfen der Flüssigkeit zu infizieren, welche ich der Wunde 24 Stunden nach der Operation entnahm.

3. Streptococcus erysipelatis.

Eine Reinkultur wird am 29. Dezember in die folgenden 8 Gläser übertragen und zeigt nach 24 Stunden die beibemerkten Resultate:

Serie I.

No. 1	Nährbouillon		purum		leichte Trübung.
„ 2	do.	mit	0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	do.	„	0,50%	„	do.
„ 4	do.	„	1%	„	do.

No. 5	Nährbouillon	mit	2%	Ichthyol	leichte Trübung.
„ 6	do.	„	3%	„	fast durchsichtig, nur leichte Fällung.
„ 7	do.	„	4%	„	steril.
„ 8	do.	„	5%	„	do.

Mit einem Tropfen aus jedem dieser Gläser wird am 29. Dezember, nachdem das Ichthyol 5 Minuten eingewirkt hat, die Nährgelatine von weiteren 8 Gläsern infiziert. Nach 24 Stunden im Ofen bei 20° ist das Resultat wie folgt:

Serie II.

No. 1	Reinkultur				keine Verflüssigung, kleine weiße Punkte von geringer Entwickelung, aber klar angedeutet.
„ 2	Infiziert mit Bouillon enthaltend		0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	„	„	0,50%	„	do.
„ 4	„	„	1%	„	nur 1 oder 2 Kolonien.
„ 5	„	„	2%	„	verkümmertes Wachstum.
„ 6	„	„	3%	„	do.
„ 7	„	„	4%	„	steril?
„ 8	„	„	5%	„	do.

Nota. Diese Art scheint sich auf Gelatine schwer zu entwickeln; erst nach 5 oder 6 Tagen haben wir die Entwickelung klar beobachten können. — Da die No. 4 zweifelhaft war, so impfte ich eine neue Kultur auf Nähragar, ohne ein Resultat zu erzielen.

Wenn der Streptococcus des Erysipels wie in dem vorliegenden Falle, aus der Serosität der Phlyktäne selbst entnommen wird, kann er kaum, wie anderweitig behauptet wird, mit dem Pyogenes aureus verwechselt werden. Das Wachstum ist verschieden. Er verflüssigt die Gelatine nicht und seine Lebenskraft ist viel größer. Er verträgt 2% Ichthyol, während der Pyogenes sich nicht in Lösungen mit diesem Prozentsatz weiter entwickelt.

Es erscheint sicher, daß der Coccus bei Anwendung von 5% oder stärkeren Lösungen resp. Salben getötet wird, nur ist es der größeren Sicherheit wegen empfehlenswert, die Behandlung mit Ichthyol auf die nächste Umgebung des Erysipels auszudehnen.

4. Streptococcus pyogenes.

Das Versuchsmaterial verschaffte ich mir durch eine ernsthafte Phlegmone der Hand bei einer alten Frau, welch' letzterer ich eine grofse Inzision machen mufste (3. Januar). Zur weiteren Behandlung wurde eine 10%

Ichthyollösung benutzt, und bereits am folgenden Tage war die Flüssigkeit, welche wir der Wunde aus der Tiefe entnahmen, vollständig steril. Die Heilung ging auf normale Weise vor sich, und dürfte die Frau heute ganz geheilt sein.

Eine Reinkultur wird am 7. Januar in die folgenden 8 Gläser übertragen und zeigt nach 36 Stunden das folgende Resultat:

Serie I.

No. 1	Nährbouillon		purum		leicht flockige Trübung, Glas verschleiert.
„ 2	do.	mit	0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	do.	„	0,50%	„	do.
„ 4	do.	„	1%	„	do.
„ 5	do.	„	2%	„	Fällung.
„ 6	do.	„	3%	„	steril.
„ 7	do.	„	4%	„	do.
„ 8	do.	„	5%	„	do.

Mit einem Tropfen aus jedem dieser Gläser wird, nachdem das Ichthyol 5 Minuten eingewirkt hat, die Nährgelatine von weiteren 8 Gläsern infiziert. Nach 24 Stunden im Ofen bei 20° ist das Resultat wie folgt:

Serie II.

No. 1	Reinkultur				hübsche abgegrenzte weiße Kolonien, keine Verflüssigung.
„ 2	Infiziert mit Bouillon enthaltend		0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	„	„	0,50%	„	do.
„ 4	„	„	1%	„	do.
„ 5	„	„	2%	„	do.
„ 6	„	„	3%	„	do.
„ 7	„	„	4%	„	Spuren von Verflüssigung.
„ 8	„	„	5%	„	do.

5. Streptococcus aus einer eitrigen Pleuritis.

Die Resultate sind übereinstimmend mit den Beobachtungen im voraufgegangenen Falle. Es handelt sich augenscheinlich um denselben Mikroorganismus.

Die Flüssigkeit entstammte einem Kranken, welchem eine Punktion gemacht wurde und der tags darauf verschied.

Auf alle Fälle war die Virulenz sehr stark, denn die Bouillon der Kultur, welche nach 24 Stunden in das Bauchfell eines Meerschweinchens

injiziert wurde in der Dosis von 1 Kubikcentimeter, verursachte nach 9 Stunden den Tod.

Dieselbe Flüssigkeit unter Zusatz und 1stündlicher Einwirkung von 5% Ichthyol, welche einem anderen Meerschweinchen injiziert wurde, erzeugte aber nichts und das Tier zeigte keinerlei Entzündung.

6. Bacillus typhosus.

Obwohl dieser Bacillus eine besondere Lebenskraft besitzt, so vermag er doch nicht Lösungen mit mehr als 2% Ichthyol zu widerstehen.

Wir verwandten eine virulente Reinkultur, und wurden die Versuche viermal wiederholt, um allen Zweifeln vorzubeugen.

Das Ichthyol verdient demnach beim Typhus eingehend versucht zu werden, sei es in Form von Waschungen, sei es durch innerliche Gaben oder in anderer Weise.

In Gaben von 25 bis 30 Decigramm per Tag und namentlich in Pillenform wurde das Ichthyol von den Kranken, denen ich dasselbe innerlich verordnete, gut vertragen.

Im übrigen beobachtete ich dasselbe Verfahren für die Gläser der beiden Serien wie vorher; das Resultat war wie folgt:

Serie I.

No. 1	Nährbouillon		purum		dichter Schleier, namentlich an den Rändern.
„ 2	do.	mit	0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	do.	„	0,50%	„	Schleier, Fällung.
„ 4	do.	„	1%	„	leichter Schleier.
„ 5	do.	„	2%	„	steril.
„ 6	do.	„	3%	„	do.
„ 7	do.	„	4%	„	do.
„ 8	do.	„	5%	„	do.

Serie II.

No. 1	Reinkultur				kleine glänzende Tröpflein.
„ 2	Infiziert mit Bouillon enthaltend		0,10%	Ichthyol	do.
„ 3	„	„	0,50%	„	do.
„ 4	„	„	1%	„	nur 2 oder 3 Tröpflein.
„ 5	„	„	2%	„	steril.
„ 6	„	„	3%	„	do.
„ 7	„	„	4%	„	do.
„ 8	„	„	5%	„	do.

Die Art und Weise, wie das Ichthyol einwirkt, scheint zu beweisen,

dafs die antiseptische Eigenschaft einer Substanz nicht absolut ist und den verschiedenen Mikroorganismen gegenüber variiert. Gewisse Mikrobien widerstehen einer Dosis, welche für andere ihnen nahestehende wieder tötlich sind.

Es ist daher von Wichtigkeit, das Wesen einer jeden Gattung genau zu kennen, namentlich, wenn diese Organismen in so grofser Menge und nebeneinander auftreten, wie man es im Auswurf der Atmungsorgane beobachtet.

Ich will Ihre Zeit nicht unnötig in Anspruch nehmen und resumiere meine Beobachtungen bei den letzten drei Arten wie folgt:

7. Diplococcus pneumoniae.

Die Kultur wurde von einem Kranken am 10. Tage entnommen; derselbe starb später.

Die sehr zahlreichen Diplokokken haben sich bei einer Temperatur von 26° entwickelt und konnten einer Lösung mit 3% Ichthyol nicht widerstehen, während bei 2% Ichthyol noch Wachstum zu erkennen war.

8. Gonococcus gonorrhoeae.

Die Kulturen, welche auf Glycerinagar gezüchtet sind, werden leicht durch Lösungen mit 3 bis 4% Ichthyol vernichtet. Es ist übrigens bekannt, dafs diese Gattung nicht besonders hartnäckig ist.

Ich habe keine Gelegenheit gehabt, meine Erfahrung an einem Kranken zu vervollständigen, und will nur daran erinnern, dafs das Eindringen der Keime in die Tiefe der Gewebe die Wirkung des Medikaments mehr oder weniger benachteiligt.

9. Trichophyton tonsurans.

Diese Art entwickelt sich bei 4% Ichthyol nicht mehr. Auch hier ist die soeben gemachte Bemerkung am Platz, denn die Einmischung der Sporen in die Follikel des Haars dürfte eine ausgedehntere Behandlung erfordern, weil es so schwer ist, direkt auf den Sitz der Krankheit einzuwirken.

Überblicken wir die erhaltenen Resultate, so finden wir, dafs die neun von uns abgehandelten Mikroorganismen durch Lösungen mit 3- bis 4% Ichthyol vernichtet werden, mit Ausnahme des Streptococcus pyogenes, welcher hartnäckiger zu sein scheint und erst bei höherem Prozentgehalt Ichthyol verschwindet.

Man ist somit in der Praxis sicher, eine vollständige Antisepsis durchzuführen, wenn man 5- oder 10% Ichthyollösungen benutzt, welche ohne Anstand angewandt werden können.

Das Ichthyol verdient also in vielen Fällen benutzt zu werden, wo reichliche Auswaschungen erforderlich sind.

Ich weifs übrigens, dafs Prof. Pozzi das Ichthyol in seiner gynäkologischen Abteilung ausgedehnt und erfolgreich verwendet. Ich selbst habe mich auch vielfach bei entzündlichen Frauenleiden von seiner Wirksamkeit überzeugt und gefunden, dafs die Kranken die Einführung dieses Mittels, des weniger unangenehmen Geruchs wegen, den Jodoformverbänden, welche unerträglich werden, vorziehen.

Ich beabsichtige demnächst eine neue Arbeit vorzulegen, welche sich auf die antiseptische Behandlung von Affektionen der Atmungsorgane bezieht und auf einem langjährigen Studium der zahlreichen Mikroorganismen der Lungenteile beruht. Sie werden sehen, dafs das Ichthyol eins derjenigen Mittel ist, welche, sei es innerlich, sei es in Form von Inhalationen, die besten Resultate bei diesen Affektionen ergeben.

Kurze Mitteilung über bequeme Tinktionen fixierter Präparate.

Von

Dr. Jos. Schütz,
Frankfurt a. M.

Die histologische Untersuchung, namentlich von Geschwülsten, erfordert eine vorherige Einwirkung von Fixierungsflüssigkeiten, um die sich teilenden Zellkerne zu färben und hierdurch die Wachstumsverhältnisse der in Frage kommenden Gewebselemente beobachten zu können.

Gerade die besten Fixierungsflüssigkeiten haben vielfach einen hemmenden Einfluſs auf die Tingierbarkeit der übrigen Gewebebestandteile, so daſs man gezwungen ist, zur Darstellung der Gewebsstruktur noch Präparate ohne vorherige Einwirkung solcher Fixierlösungen zu diesem oder jenem Zweck besonders vorzubereiten. Seit Einführung des 10 %-Sublimat-Alkohols zur Fixierung ist zwar in etwas dem Übelstande abgeholfen worden, da man an Präparaten, welche in Sublimat-Alkohol fixiert wurden, mit den meisten Tinktionen Kern- und Zellfärbungen erhält. Allein bei Alkoholfixierungen gehen die roten Blutkörperchen unter, und hiermit ist der Überblick über die Gefäfsverteilung und die Beziehung letzterer zur Kernwucherung verloren. Ich gebe daher in folgendem einige Tinktionen an, welche sich mir für die meisten Fixierverfahren (insbesondere auch für das Flemmingsche Gemisch) bewährt haben, und welche gleichzeitig Mitosen wie auch die Gewebsstruktur überhaupt deutlich hervortreten lassen.

Hier möchte ich an erster Stelle eine von Medizinern wenig gekannte Karmintinktion empfehlen, welche Dr. O. Zacharias zu zoologischen und botanischen Zwecken angegeben hat (cf. *Verhdlgn. der Bremer Naturf. Vers. 1891*, pag. 121), und die wegen der vielseitigen Brauchbarkeit, Deutlichkeit und Zartheit viele Vorteile gewährt. Sie beruht auf der Thatsache, dafs Essigsäure-Karmin bei Einwirkung von schwachen Eisensalzlösungen eine schwärzliche Färbung erzeugt.

Eisessig und Wasser āā 100 in einem grofsen Kochfläschchen mit mehreren Messerspitzen Karmin versetzt und eine Stunde lang gekocht, liefert eine geringe Menge roter Tinktionsflüssigkeit, welche, filtriert und in einem Glas mit Glasstopfen bewahrt, längere Zeit haltbar ist. Dieser Essigkarmin färbt Schnitte innerhalb einer halben bis ganzen Stunde aufs deutlichste. Überfärbungen kommen kaum vor. Die Schnitte werden sorgfältig in oft erneuertem Wasser ausgewaschen und kommen dann für fünf Stunden in eine 1 % wässerige Lösung von schwefelsaurem Eisenoxydul. Häufig entstehen in der Eisenlösung gelbe Niederschläge, und die nun braunviolett bis schwarz gewordenen Schnitte müssen deshalb wieder mehrfach in Wasser gewaschen werden. Alsdann können sie entsprechend weiter behandelt werden (Absol. Alkohol, Cedernholzöl, Kanadabalsam). Bei Durchsicht des fertigen Präparats zeigen sich die Mitosen tief schwarz, das Gewebe in einem wunderbar zarten Neutralton, in welchem Zellgrenzen, ruhende Kerne durch tieferes Kolorit sich scharf abheben, eine für das untersuchende Auge wohlthuende Zeichnung, deren längere Durchmusterung wenig ermüdet. Für den Dermatologen besonders interessant erscheint das Auftreten von deutlichen Kernen in alten verhornten Zellen, die bei anderen Behandlungsweisen nicht zu Gesicht kommen. Bei Absonderungsprodukten tritt hier oft ohne weiteres der zellige Ursprung deutlicher zu Tage, als er sonst durch mühsame Reagensbehandlung erwiesen werden kann. Obwohl es nur eine Farbe ist, in welcher das Präparat tingiert erscheint, giebt es doch so differente Töne in derselben, in welcher die Hornsubstanz, das Epithelialgewebe, Rundzelleninfiltration, Leukocyten, rote Blutkörperchen, Bindegewebe, elastische Fasern hervortreten, dafs man Doppelfärbungen schwerlich vermifst. Mit einem Wort, wenn es sich um die Orientierung einer Geschwulst im allgemeinen und nicht um ganz bestimmte von vorneherein gegebene Einzelfragen handelt, kenne ich kein Verfahren, das so übersichtlich die Gewebsstruktur klarlegt, wie ein in Flemmingschem Gemisch fixiertes und nach diesem Karmin-Eisenverfahren gefärbtes Präparat.

Nicht minder praktisch wie genannte Methode ist die Verwertung der Gabettschen Lösungen, wie sie zu Untersuchungen auf Tuberkelbacillen verwandt werden und deshalb überall zur Hand sind. Wenn man sich darüber klar ist, dafs man zur Mitosendarstellung eine intensive

Kernfärbung braucht und sorgsam eine totale Überfärbung, wie sie zum Nachweis der Tuberkelbacillen gewünscht wird, zu vermeiden hat, kann man durch entsprechendes Einwirkenlassen der beiden Lösungen sehr klare Bilder erhalten. Unser Zweck ist erreicht, wenn in den Präparaten die Doppelfärbung so eingewirkt hat, daſs die Kerne und Kernkörperchen rot, die Zellenleiber blaugefärbt erscheinen. Bei Schnitten von nicht über 10 μ Dicke wird dieses Verhältnis nach 7 Minuten langer Einwirkung der Karbolfuchsinlösung und ganz kurzer Behandlung (circa 1/4 Minute) mit der sauren Methylenblaulösung eintreten, wenn man rasch und in reichlich Wasser nach der Farbeneinwirkung abspülte. Celloidinschnitte von 10 μ und weniger sind unschwer zu erhalten, wenn man lange härtet, die Schnittpräparate nicht zu groſs wählt, aber die Celloidinfassung möglichst als groſsen, nach dem Präparate nur wenig zugeschrägten Block gestaltet, der nicht federn kann.

Da die ursprünglich zur Verdeutlichung der Kernteilung geübten Methoden (Flemmingsche Fixierung — Anilinwasser-, Saffranin- oder Gentiana-Färbung — Entfärbung mit Salzsäurespiritus bzl. nach Gram) entweder wegen zu starker Entfärbung des Strukturbildes zur Geschwulstuntersuchung nicht angenehm sind oder aber wie das treffliche Hämatoxylinverfahren nach Benda durch Umständlichkeit in der Behandlung lästig fallen, so glaube ich durch vorstehende kurze Angaben leicht ausführbarer und allgemein verwendbarer Methoden auf eine kleine Erleichterung im Gange der heutigen Untersuchungsweise der Geschwülste hingewiesen zu haben. Gleichzeitig möchte ich hiermit einem mehrfach geäuſserten Wunsche entsprochen haben, Methoden detailliert mitzuteilen, um die von mir zur Diagnose des Carcinoms aufgestellten diagnostischen Punkte (cf. Referat in No. 9, Bd. XI der *Monatsh. f. prakt. Derm.*) leicht und sicher aufzufinden. Gerade epitheliale Geschwülste, welche nach vorheriger Einwirkung mancher Fixierungsflüssigkeiten sehr ungleich gefärbt werden, lassen sich nach angegebenen Verfahren vorteilhaft tingieren.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die Reaktion des Schweifses beim gesunden Menschen.

Von

Dr. Ernst Heuss
in Zürich.

(Mit Tafel IX und X.)

(Fortsetzung.)

VI. Einwirkung des Pilokarpins auf die Schweifsreaktion.

Nachdem es mir gelungen, an der Hand einer Reihe von Untersuchungen nachzuweisen, dafs beim gesunden Menschen nicht nur die Körperoberfläche, sondern auch der Schweifs in der Ruhe sauer reagiert, lag es mir daran, die Einwirkung sekretionssteigernder Mittel auf die Schweifsreaktion kennen zu lernen.

Hatten doch eine Reihe von Forschern die normale Reaktion des Schweifses dadurch bestimmt, dafs sie durch künstliche Mittel, Bäder, Pilokarpin etc., eine reichliche Schweifsproduktion anregten und dann je nach ihren Befunden für Alkaleszenz, Acidität, Neutralität des normalen menschlichen Schweifses eintraten.

Als 1. Versuchsperson diente wieder die Hyperidrosis nasi mit alkalischem Nasen- und saurem Stirnschweifs. Hier konnte ich am besten die Einwirkung des Pilokarpins feststellen.

Der Patient erhielt 0,02 g Pilocarp. muriat. innerlich. Schon nach 10 Minuten begann unter Speichelfluſs die ganze Nase in erhöhtem Mafse zu schwitzen. Kurz darauf folgten Stirn und Wange nach. Die Schweifsbildung war jedoch hier genau auf die rechte Gesichtsseite beschränkt. Die linke Gesichtshälfte zeigte während der ganzen Dauer des Pilokarpinversuchs keine eigentliche Schweifsbildung; sie fühlte sich nur etwas feuchter als gewöhnlich an. Der rechte Nasenflügel selbst bot gegenüber dem linken keine deutliche Erhöhung der Schweifssekretion, wie ich es in der Ruhe konstatieren zu können glaubte. — Die hervorquellenden Schweifstropfen wurden successive mit der Mikrosyrinx auf Reagenzpapier placiert. Vor Beginn des Versuchs reagierte der Nasenschweifs schwach alkalisch, der Stirnschweifs sauer. Ca. 1/4 Stunde nach Einnahme des Pilokarpins färbte der Nasenschweifs gelbes Kampecheholzpapier tief purpurrot, rotes Lackmuspapier intensiv blau; er wies also ausgesprochen Alkaleszenz auf. Der Stirnschweifs reagierte jedoch noch deutlich sauer: rotes Kampechepapier wurde gelb. Kurze Zeit darauf fand ich auch

den Stirnschweifs schwach alkalisch (gelbes Kampechepapier wurde gerötet, nicht dagegen gebläut roter Lackmus). Diese Reaktion hielt in gleich schwacher Intensität bis gegen Ende des Versuchs (nach ca. ½ Stunde) an. — Am stärksten schwitzten die Nasenflügel, wo auch die alkalische Reaktion am deutlichsten ausgeprägt war.

Reinigte ich die schwitzende Stirn oder Wange mit Ätheralkohol und bepinselte die Stelle rasch mit schwach alkalischem Phenolphtalein, so erhielt ich saure Reaktion; immerhin trat die Entfärbung des roten Phenolphtalein bedeutend langsamer als unter normalen Verhältnissen auf. — Die Nase entfärbt jedoch aufgepinseltes Phenolphtalein nicht; vielmehr erhielt ich mit gelber Kampecheholzlösung Rotfärbung, welche Farbreaktion ich jedoch ebensogut dem gleich nach dem Abwaschen wieder reichlich fliefsenden alkalischen Nasenschweifs zuschreiben konnte.

Gegen Ende des Versuchs, als die Schweifsbildung geringer wurde, bepinselte ich das ganze Gesicht mit alkalischem Phenolphtalein. Die linke nicht schwitzende Gesichtshälfte entfärbte sich zuerst (nach ca. 3 Minuten), zeigte also gegen die Norm, wo ich schon mit der gleichen Lösung nach 1—2 Minuten totale Entfärbung erhielt, leichte Abnahme der Acidität. Die Nase und die rechte Gesichtshälfte dagegen waren noch nach ¼ Stunde rötlich gefärbt. Dort, wo stark geschwitzt worden, hatte also die Hautacidität mehr abgenommen als an den wenig oder nicht schwitzenden Partieen. Auf Brust und Händen konnte ich keine Schweifsbildung konstatieren. Während des ganzen Versuchs bestand mäfsiger Speichelfluſs.

Haben wir es auch bei diesem Versuche mit abnormen Verhältnissen zu thun, besonders, wenn wir das eigentümliche, in der Ruhe nicht beobachtete halbseitige Schwitzen des Gesichts in Betracht ziehen, so war doch das Alkalischwerden des vorher sauren Stirnschweifses, die Zunahme der Alkaleszenz des Nasenschweifses bemerkenswert.

Immerhin bedurfte dieser Versuch der Wiederholung an gesunden Individuen.

2. Versuch. Ich injizierte dem an Favus capitis leidenden, im übrigen gesunden Knaben M. S., 11 Jahre alt, 0,01 Pilocarp. muriat. in den linken Handrücken. Schon nach einer Minute war die Injektionsstelle im Umkreis von einem 5-Mark-Stück gerötet, leicht ödematös, warm und feucht anzufühlen. Eine Veränderung der sauren Hautreaktion liefs sich anfangs nicht mit Sicherheit nachweisen. Als ich kurz darauf die Stelle wieder mit Phenolphtalein bepinselte, fand ich die Acidität, entsprechend dem Injektionserythem, deutlich herabgesetzt: die rote Farbe des alkalischen Reagenz verschwand viel langsamer als auf der normalen Umgebung. Die ersten in der Hohlhand auftretenden Schweifstropfen reagierten deutlich sauer und blieben es auch bis zum Ende des Versuches, wo aber immerhin eine Abnahme der Acidität nachweisbar war: blaues Lackmus-

papier wurde nur schwach gerötet; deutlich noch dagegen das viel sensiblere Kampecheholzpapier. — Ausgesprochen sauer bis zum Ende des Versuchs (ca. $^1/_2$ Stunde dauernd) reagierten die nur vereinzelt auftretenden Stirnschweifsperlen. — In der rechten Palma war keine Schweifsbildung nachweisbar. — Sehr starker Speichelfluſs.

Resultat: deutliche Abnahme der Acidität des Schweifses, dagegen nicht Alkalisch- oder auch nur Neutralwerden desselben.

3. Versuch. 0,015 Pilocarp. muriat. wurde dem gleichen Knaben in den linken Vorderarm injiziert, nachdem er vorher noch reichlich Flüssigkeit zu sich genommen hatte. Schweifsbildung reichlich, besonders auf der Stirn. Reaktion des vor dem Versuche sauren Stirnschweifses nach $^1/_2$ Stunde schwach alkalisch (gelbes Kampechepapier wird gerötet, nicht, resp. kaum gebläut rotes Lackmuspapier). Hohlhandschweifs neutral. — Reaktion der Oberhaut (Stirne) abgeschwächt sauer.

4. Versuch. E. K., 18 Jahre, Kellner. Eczema seborrh. fac. Injektion von 0,015 Pilocarp. muriat. im linken Handrücken. Sehr geringe Schweifsbildung, starker Speichelfluſs. Reaktion von Hand- und Stirnschweifs sauer, allmählich leichte Aciditätsabnahme zeigend, nie alkalisch. Oberhautreaktion stets sauer.

5. Versuch an mir selbst. Injektion von 0,01 Pilokarpin in den linken Handrücken. Unmittelbar darauf ist die Injektionsstelle und nächste Umgebung gerötet, geschwellt, feucht, warm anzufühlen. Reaktion wie die Umgebung sauer. Einige Minuten darauf deutlich herabgesetzte Acidität an dieser Stelle. Leichte Schweifsbildung auf der linken Hand und Stirne. Die saure Reaktion des Schweifses nimmt bis gegen Ende des Versuches langsam ab, bleibt jedoch stets sauer. Die Oberhautacidität ist vermindert. — Reichlicher Speichelfluſs; der Speichel reagiert von Anfang bis Ende des Versuchs alkalisch.

Fassen wir das Resultat dieser 5 Versuche kurz zusammen. Bei allen konnte nach der Pilokarpininjektion eine deutliche Zunahme der Schweifssekretion und eine Abnahme der Schweifsacidität konstatiert werden. Abgesehen von Fall 1 (der Hyperidrosis) wurde in Fall 3 der Stirnschweifs alkalisch, der Handschweifs neutral befunden, sonst stets nur verminderte Acidität. Die Hautreaktion nahm ebenfalls an Acidität ab, blieb aber ebenfalls sauer. Die Schweifssekretion war (vielleicht durch ein besonderes Pilokarpinpräparat bedingt) bei sehr reichlicher Speichelbildung im ganzen mäfsig zu nennen, was wohl insofern bei unseren Versuchen von Einfluſs gewesen, als vielleicht gerade wegen der nicht stark ausgesprochenen Schweifsbildung ein Alkalischwerden des Schweifses nicht stets nachgewiesen werden konnte. Bei Fall 3 allein, der sich durch reichlichere Schweifssekretion auszeichnete, konnte ich auch die übereinstimmend

von anderen Forschern gemeldete, nach Pilokarpininjektion eintretende alkalische Reaktion des Schweifses konstatieren.

Immerhin geht aus diesen Versuchen deutlich hervor, dafs nach Pilokarpin neben gesteigerter Schweifsabsonderung eine Aciditätsabnahme, die bis zur Alkaleszenz führen kann, eintritt. Bei Individuen, die sich gegen Pilokarpin sehr tolerant erweisen, oder an Körperstellen, wo die Schweifsbildung sehr gering ist, nimmt die Schweifsacidität weniger rasch ab. Nie habe ich jedoch, auch nach sorgfältigstem Reinigen der Haut „schon die ersten, fast unmittelbar nach der Injektion auftretenden Schweifstropfen stark alkalisch" wie TRÜMPY und LUCHSINGER gefunden oder überhaupt nur eine rasche Abnahme der Acidität konstatieren können. Es scheint eine gröfsere auf einmal injizierte Pilokarpinmenge insofern von Einfluſs zu sein, als sie rasch eine Hypersekretion herbeiführt und damit auch die Acidität des Schweifses schneller herabsetzt, mindert bis zur Neutralität und Alkaleszenz des Schweifses.

VII. Einfluſs der Dampf- und Heifsluftbäder.

Eine Reihe von Forschern hat auch den Einfluſs der Hitze, speziell der warmen Bäder auf Schweifsbildung und Schweifsreaktion untersucht. — So fand FAVRE (nach LUCHSINGER[3]), dafs nach einstündigem Schwitzen ein völliger Umschlag der Reaktion ins Alkalische eintrat. TRÜMPY und LUCHSINGER erwähnen selbst kurz in ihrer Arbeit, sie hätten einige Male heifse Bäder mit vollkommen gleichem Erfolge angewandt, d. h. den Schweifs wie nach Pilokarpininjektion alkalisch gefunden.

TOURTON[4] konnte nach einstündigem Aufenthalt in gewöhnlichen Bädern von 34—35° C. nur eine leichte Verringerung der Acidität konstatieren und spricht die Vermutung aus, dafs diese Abnahme durch eine Imbibition der Haut mit Wasser und daraus resultierende Verdünnung der Säuren des Schweifses entstanden sei. M. HUGONNARD fand nach TOURTON[4] bei einer Reihe von Badversuchen, dafs der Schweifs auch nach dem Bade sauer blieb; nur der schon vor dem Bade leicht alkalisch gefundene Achselschweifs zeigte am Ende des Bades einige Male erhöhte Alkaleszenz.

Doch lassen alle diese Versuche an Exaktheit zu wünschen übrig, weil die Hautoberfläche eben mit einer durchaus nicht indifferenten oder neutralen Flüssigkeit in Berührung kam und imbibiert wurde, woraus man die Abnahme der Acidität des Schweifses leicht durch eine gröfsere Verdünnung der Schweifssäuren, wie TOURTON meinte, oder sogar durch Neutralisierung der Säuren durch die alkalische Badflüssigkeit (zeigt doch unser Trink- und Gebrauchswasser stets alkalische Reaktion) sich erklären konnte.

Ich glaubte, diese Uebelstände des Warmwasser-Bades am besten

dadurch zu umgehen, daſs ich russische und römische Schwitzbäder, wobei die Hautoberfläche ja nur mit Dampf oder heiſser Luft in Berührung kommt, zur Schweiſserzeugung anwandte.

Meinen ersten diesbezüglichen Versuch machte ich im Dampfbade. Schon nach wenigen Minuten war die Körperoberfläche von „Schweiſs", d. h. Schweiſs plus kondensiertem Wasserdampf, bedeckt. — Reagenzpapier, auf Stirn, Brust, Palma etc. aufgepreſst, zeigte saure Reaktion, immerhin mäſsigen Grades. Selbstverständlich waren die zur Untersuchung gekommenen Stellen vorher mit neutralem Ätheralkohol gereinigt worden. Leider wurden die mitgenommenen Reagenzpapiere durch den sich überall niederschlagenden Wasserdampf feucht und dadurch bald unbrauchbar. — Nach ca. 1/4 Stunde konnte ich deutliche Abnahme der Oberhautacidität konstatieren. Wischte ich z. B. von der Innenseite des linken Unterarmes Schweiſs und Wassertropfen ab, bepinselte die Stelle rasch mit alkalischem Phenolphtalein, so fand ich, daſs die Lösung III (0,6—0,7 % Alkali), die normal 4—6 Sekunden zur Entfärbung brauchte, jetzt erst nach ca. 10 Sekunden entfärbt wurde. Doch erhielt sich bis zum Ende des Bades, das ich schon nach 1/2 Stunde abbrechen muſste, überall verminderte saure Reaktion. Brustschweiſs (plus kondensiertem Wasserdampf) gab weder mit rotem noch mit gelbem Kampecheholzpapier einen deutlichen Ausschlag, reagierte also neutral.

Unmittelbar nach Verlassen des Bades wiederholte ich den schon früher angegebenen Reibeversuch: ich rieb nach vorausgegangener Reinigung die Beugeseite des linken Unterarms mit neutraler Watte, bis die basale Hornschicht zum Vorschein kam. Dann pinselte ich alkalische Phenolphtaleinlösung auf. Statt nun wie vor dem Schwitzen schon nach 2—3 Sekunden entfärbt zu werden, verschwand die rote Farbe erst nach ca. 15 Sekunden, während die nicht geriebene normale Umgebung sich noch später, nach ca. 20 Sekunden, entfärbte.

Die Aciditätsabnahme hatte also die ganze Hornschicht bis in die Tiefe betroffen; am intensivsten war die Säureverminderung in der basalen Hornschicht, wo sie nach ungefährer Schätzung vielleicht 1/5—1/6 der normalen betrug, während die Hautoberfläche 1/3—1/4 zeigen mochte. Selbstverständlich ist dies nur eine annähernde Schätzung und macht nicht den geringsten Anspruch auf Genauigkeit, da hierbei noch die mannigfachsten Faktoren mitsprechen können.

Während also der Schweiſs an derselben Stelle gegen Ende des Versuchs neutrale Reaktion aufwies, zeigte die tiefe Hornschicht abgeschwächte, aber noch deutliche Acidität.

Ich wiederholte tags darauf den Versuch in einem römischen Bad, das den Vorteil bot, daſs ich den Schweiſs rein, nicht durch kondensierte Wasserdämpfe diluiert, zur Untersuchung bekam, und über dies die

Manipulationen nicht durch Dampfwolken und überall sich niederschlagendes Wasser erschwert wurden. — Ca. 5 Minuten saſs ich im Heifsluftraum (Temperatur 50° C.) Wärme, als der Schweifs von Stirn und Brust reichlich zu fliefsen begann. Mit der Mikrosyrinx aufgefangener Brustschweifs gab stark saure Reaktion: auch rotes Rosolpapier wurde noch gelb verfärbt. Der Schweifs enthielt also mindestens 1 : 20000 Säure. Stirnschweifs, mit rotem Rosolpapier abgewischt, färbte dasselbe ebenfalls gelb. Phenolphtaleinlösung III, auf die Handbeuge gepinselt, wurde schon nach drei Sekunden entfärbt, wies also anscheinend sogar leicht erhöhte Hautacidität auf. — Ca. 1/4 Stunde nach Beginn des Versuches, währenddessen der Schweifs immer reichlicher floſs, gab der Brustschweifs mit Rosolpapier keinen Ausschlag mehr; blaues Lackmuspapier wurde jedoch noch gerötet. Die Acidität des Brustschweifses hatte sich also etwas verringert. — Brachte ich jedoch Rosolpapier auf die schwitzende Stirne, so erhielt ich noch Gelbfärbung, also gegenüber dem Brustschweifs erhöhte Acidität.

Ob diese bis zum Ende des Versuchs persistierende, wenn auch allmählich etwas abnehmende Acidität des Stirnschweifses (Kampechepapier wurde noch gelb, nicht mehr Lackmuspapier) physiologisch, resp. dem Stirnschweifs eigen war, oder nicht vielleicht durch Beimengung von Schweifs, der aus dem vorher leider nicht gereinigten Capillitium stammte, verursacht wurde, konnte ich nicht entscheiden. — Etwa nach 1/2 Stunde reagierte auf Brust- und Handschweifs nur noch Kampechepapier (und Fernambukpapier) deutlich, Lackmus- und Rosolpapier blieben unbeeinfluſst. Ca. 3/4 Stunden später erhielt ich mit Brustschweifs auch vom roten Kampechepapier keinen Ausschlag mehr, dagegen wurde gelbes Kampechepapier leicht gerötet; nicht gebläut jedoch rotes Lackmuspapier. Der Brustschweifs reagierte also sehr schwach alkalisch (nicht über 1 : 70 000 freies Alkali enthaltend). — Noch deutlicher gestaltete sich der Versuch, wenn ich mit einem (vorher gründlich gereinigten) Uhrschälchen den auf der Brust reichlich hervorbrechenden Schweifs durch Abstreifen auffing und einige Tropfen gelber Kampechetinktur zusetzte. Die Flüssigkeit wurde prächtig purpurrot gefärbt, reagierte also alkalisch. Farblose neutrale Phenolphtaleinlösung wurde dagegen nicht verfärbt; die Alkaleszenz war also entschieden sehr gering. — Der anfangs deutlich saure Schweifs der Hohlhand gab gegen Ende weder mit saurem noch alkalischem Kampechepapier einen Ausschlag, war somit neutral; ebenso der vom Unterarm niederrieselnde Schweifs. — Der Reibeversuch auf der Innenseite des linken Vorderarms ergaben schwach saure Reaktion der basalen Hornschicht: Phenolphtalein III wurde in ca. 15 Sekunden entfärbt. — Die Reaktion der Hautoberfläche genau festzustellen, gelang mir wegen des nach dem Abwaschen gleich wieder

reichlich hervortretenden Schweifses nicht, doch fand ich am Unterarm noch Acidität vor, wenn auch verringert.

Nach $^3/_4$stündigem Aufenthalt im Bade brach ich den Versuch ab. Gleich nachdem ich noch die übliche Prozedur mit kalten Duschen etc. über mich hatte ergehen lassen, und damit die profuse Schweifssekretion sistierte, prüfte ich die Oberfläche der Haut auf Acidität. Ich fand dieselbe an allen untersuchten Stellen stark herabgesetzt, aber doch noch nachweisbar. Am meisten hatte die Acidität an den normal die sauerste Reaktion zeigenden Partien abgenommen, z. B. an den Streckseiten der Gelenke, so dafs hier keine deutliche Differenz zwischen Acidität von Beuge- und von Streckseite mehr nachzuweisen war.

Noch nach Stunden konnte ich eine Abnahme der Hautacidität deutlich konstatieren.

Interessant war folgende Entdeckung, die ich gelegentlich dieses Schwitzbades an einem „Leidensgefährten" machte, der wegen „Muskelrheumatismen" die Schwitzkammer mit mir teilte. Während ich schon nach 5 Minuten in Schweifs badete, blieb der Rheumatiker während seines ganzen $^3/_4$stündigen Aufenthaltes in der Heifsluftkammer vollständig trocken. Weder durch reichliches Wassertrinken noch durch Bewegung, Massage war es möglich, ihm einen einzigen Schweifstropfen zu entlocken. Allein die Schweifsrinne des Rückens fühlte sich leicht feucht an. — Die Hautoberfläche reagierte sehr schwach sauer.

Ein wiederholter Versuch im Heifsluftbade blieb insofern hinter dem vorhergehenden zurück, als auch am Ende des Bades, nach $^3/_4$ Stunden, Stirn-, Brust- und Hohlhandschweifs noch ausgesprochen sauer reagierten. Brust- und Hohlhandschweifs färbten rotes Kampechepapier gelb, weniger ausgesprochen der Stirnschweifs. Nicht mehr gerötet wurde blaues Lackmuspapier. — Auch die Hautreaktion war überall sauer. Saure Reaktion war auch in der tiefen Hornschicht durch Reib- und Schnittversuche nachweisbar.

Die verhältnismäfsig geringe Abnahme der Acidität des Schweifses bei diesem Versuch ist wohl hauptsächlich der im Vergleich zu früher weniger profusen Schweifssekretion zuzuschreiben. Der Heifsluftraum hatte diesmal eine Temperatur von 45° C gegen 50° C beim 2. Versuche.

Immerhin bieten diese Badeversuche ganz übereinstimmende Resultate. Stets konnte die Beobachtung gemacht werden, dafs, je länger und intensiver das Schwitzen andauerte, desto mehr die Acidität des Schweifses abnahm, dafs die Reaktion bei genügend langer Dauer des Schwitzens neutral und alkalisch wurde.

Die von frühern Forschern gemachte Wahrnehmung, dafs bei profuser Schweifssekretion, d. h. nach Pilokarpin und Wärmeeinwirkung, die

Acidität abnimmt, und der Schweifs sogar alkalisch wird, findet also durch diese Versuche eine Bestätigung.

Ohne auf anläfslich dieser Badeversuche angestellte Untersuchungen betreffs Vorkommen von Fett im Schweifs einstweilen grofses Gewicht zu legen, da dahinzielende Versuche öfters wiederholt werden müssen, möchte ich doch nicht unerwähnt lassen, dafs nach dem Baden aufgelegte Papiere mit Osmium (siehe Methodologisches) schon nach 3 Stunden auffallende deutliche Zeichnung zeigten, was (bei mir) normaler Weise erst nach 5—6 Stunden stattfindet. Dieser Befund liefse auf nach dem Bade erhöhte Fettsekretion auf die Oberhaut schliefsen.

VIII. Reaktion des sich zersetzenden Schweifses.

Anläfslich der Besprechung der „Watteversuche" (s. Methodologisches) habe ich erwähnt, dafs ich diese Methode bald verliefs, weil sie mir zu unsichere Resultate lieferte. Legte ich nämlich auf irgend eine Schweifsstelle, z. B. die Planta, neutrale Watte, befestigte dieselbe mit Guttaperchapapier und Binde, so erhielt ich bei Abnahme der Watte nach 4—8 Stunden fast stets alkalische, einige Male auch neutrale Reaktion des darin angesammelten Schweifses. Durch die Anpinselungsmethode dagegen gelang es mir nun, mit Sicherheit zu beweisen, dafs der Schweifs der Ruhe nicht alkalisch oder neutral, sondern ausgesprochen sauer reagiert.

Wie waren nun diese widersprechenden Resultate beider Methoden zu erklären? Um einen technischen Untersuchungsfehler konnte es sich beim Watteversuch, den ich an mir und anderen Personen anstellte, nicht handeln. Die Planta war vorher sehr sorgfältig mit Wasser, Seife, Ätheralkohol und aq. dest. gereinigt worden, von der absoluten Neutralität der aufgelegten Watte hatte ich mich wiederholt überzeugt und — der in der Hautpore vor Auflegen der Watte zu Tage tretende Schweifs zeigte saure Reaktion; das bewies mir der Anpinselungsversuch. Das Nächstliegende war, an eine alkalische Zersetzung des sauren Schweifses zu denken, wenn auch diese Annahme schnurstracks widersprach der Theorie von Luchsinger, der gerade eine saure Zersetzung des Schweifses, resp. eine Beimischung von sauren und ranzigen Hautfetten als notwendiges Postulat zu seiner Lehre vom alkalischen Schweifs brauchte. Nach dieser Theorie wäre aber eher eine Zunahme der Acidität des Schweifses zu erwarten gewesen.

Auch Tourton[4] erhielt, wie ich, hie und da in der Achselhöhle, Leistenbeuge alkalische oder neutrale Reaktion und gab für diesen auffallenden Befund, ihm um so auffallender, da auch er die Reaktion des Schweifses sauer befunden, folgende Erklärung:

„La sueur de ces régions, en raison de leur disposition, est sécrétée à peu près constamment et par suite plus abondamment que partout ailleurs; de plus s' y trouve difficilement essuyée ou entraînée par le frottement

du linge et des habits. Il y a donc, au bout d'un certain temps, par suite de l'evaporation des acides qui sont plus ou moins volatils, une accumulation du résidu alcalin de la sueur. Celui-ci alors neutralise facilement la petite quantité d'acide sécrétée à chaque instant; et il arrive alors que l'on a une réaction légèrement alcaline". (TOURTON, pag. 49).

War dieser Erklärungsversuch schon an und für sich gezwungen, so war er in meinem Falle vollends unhaltbar, da die Annahme doch sehr unwahrscheinlich war, die „flüchtigen Säuren" des Schweifses arbeiteten sich durch das Guttaperchapapier durch, um den in der Watte zurückgebliebenen alkalischen Salzen des Schweifses freies Spiel zu lassen.

Gelegentlich des Heifsluftbades sammelte ich den ersten von der Brust reichlich niederträufelnden Schweifs durch Abstreichen mit einem Uhrschälchen. Derselbe bildete eine weifsliche opake, mit Hornschuppen durchsetzte Flüssigkeit von intensiv saurer Reaktion; kein Geruch bemerkbar. Ich filtrierte den Schweifs und verteilte die ca. 8—10 ccm betragende Flüssigkeit zu gleichen Teilen in 3 reine Reagenzröhrchen. Nachdem ich mich nochmals von der sauren Reaktion überzeugt, liefs ich Röhrchen I frei, dem Röhrchen II. setzte ich Abschnitte des Fingernagels, dem Röhrchen III Flachschnitte der oberflächlichen Hornschicht, entnommen den Fingerspitzen, zu, verschlofs alle 3 gut mit Watte und brachte dieselben in den Wärmeofen bei 35° C. Am folgenden Morgen liefs sich in Röhrchen I weder durch Geruch noch Reagenzpapier eine Veränderung nachweisen, Röhrchen II und III zeigten alkalische Reaktion. Am 2. Tage hatten alle 3 Röhrchen alkalische Reaktion; dann aber war in Röhrchen II, besonders intensiv an Röhrchen III, ein ausgesprochen fauliger „Käsegeruch" bemerkbar, wie wir ihn so oft bei Schweifsfüfsen beobachten. In den folgenden Tagen nahm Alkaleszenz und Schweifsgeruch in Röhrchen II und III zu, in Röhrchen I war auch am 5. Tage noch kein Geruch für mich bemerkbar.

Die bei den Watteversuchen, sowie in der Achselhöhle, den Gelenkbeugen häufig beobachtete alkalische Reaktion etc. ist also auf eine alkalische Zersetzung des stagnierenden sauren Schweifses zurückzuführen.

Diese Zersetzung dürfte wohl bakteriellen Ursprungs sein. Herr Dr. UNNA machte mich darauf aufmerksam, dafs auf der Oberhaut, besonders unter Guttaperchapapier, die Hornbakterien sich ins Ungeheure vermehrten. Von der grofsen Widerstandsfähigkeit dieser Mikroorganismen konnte ich mich leicht durch folgenden Versuch überzeugen: ich reinigte eine Stelle an der Innenseite des linken Unterarms tüchtig durch längeres Reiben mit Wasser, Seife und Bürste. Darauf wurde die Stelle successive mit Alkohol, Äther, 1‰ Sublimatlösung und wieder Alkohol abgewaschen, dann Guttaperchapapier, das 3 Stunden in 1‰ Sublimatlösung und darauf kurze Zeit in Alkohol gelegen, direkt aufgelegt und mit Watte und Binde befestigt. Nach 5 Stunden abgenommen, wiesen Klatschpräparate von der

oberflächlich leicht macerierten Haut eine Reihe von Mikroorganismen auf, worunter sich mikroskopisch 3 Arten unterscheiden liefsen, kleinste Kokken, noch kleiner als die Fehleisenschen Streptokokken, ein Diplococcus und ein grofser Bacillus, der den Flaschenbacillus an Gröfse noch übertraf. — Über die Kulturergebnisse werde ich später berichten.

Resumieren wir kurz die direkten Ergebnisse dieser Untersuchungen:

1. Der Schweifs des gesunden Menschen reagiert in der Ruhe, d. h. bei nicht profuser Schweifssekretion beim Austritt aus der Schweifspore normaler Weise sauer.

2. Bei profuser Schweifssekretion (Pilokarpin, Schwitzbäder) nimmt die Acidität des Schweifses ab und kann neutral und sogar alkalisch werden.

3. Stagniert der Schweifs, z. B. in der Fufssohle, in der Achselhöhle etc., so tritt eine Zersetzung desselben ein, er wird alkalisch.

4. Streng von der Schweifsreaktion zu trennen ist die Oberhautreaktion. Die gesamte Körperoberfläche des normalen Menschen reagiert sauer. Dabei ist eine absolute Hautacidität = Verschiedenheit der Durchschnittsreaktion je nach Alter, Geschlecht, Konstitution etc. von einer relativen Hautacidität = dem Verhältnis der Acidität zwischen den einzelnen Körperpartien desselben Individuums zu unterscheiden.

5. Die Acidität der Oberhaut ist derselben eigen. Auch in der basalen Hornschicht und in der Stachelschicht herrscht normal ausgesprochen saure Reaktion.

6. Oberhaut- und Schweifsreaktion sind bis zu einem gewissen Grade von einander unabhängig. Bei alkalischem Schweifs kann die Oberhaut bis in die Tiefe (basale Hornschicht) noch saure Reaktion zeigen.

In einem nächsten Kapitel werde ich versuchen, an der Hand dieser Befunde und einiger weiterer Untersuchungen folgende Fragen zu beantworten:

1. In welchem Verhältnis stehen Oberhautreaktion und Schweifsreaktion zu einander?

2. Wodurch sind die lokalen Differenzen der Acidität der Hautoberfläche bedingt?

3. Haben wir im „Schweifs“ ein reines Drüsenprodukt vor uns?

4. Wie können wir uns die saure Reaktion des Schweifses in der Ruhe und die bis zur Alkaleszenz abnehmende Acidität des Schweifses bei Thätigkeit, d. h. bei Pilokarpin oder Wärmeeinwirkung, erklären?

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft 1892.

Sitzung vom 13. Jänner 1892.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Schiff.

1. Hochsinger stellt einen Fall von **Pseudoparalysis syphilitica infantilis** infolge von hereditärer Lues vor. Er betrifft ein 11 Monate altes Kind, bei welchem die linke obere Extremität in schlaffer, lähmungsartiger Haltung an den Thorax angeschmiegt erscheint und jede Berührung der Extremität heftige Schmerzensäufserungen von seiten des Kindes nach sich zieht. Die Epiphysengegend des Humerus und Vorderarms erscheint im Ellbogengelenk verdickt, jedoch die Haut darüber absolut nicht verändert. Es handelt sich um eine typische Osteochondritis epiphysaria heredosyphilitica des Humerus. Gleichzeitig finden sich an dem Kinde noch multiple Daktylitiden an den Grund- und Mittelphalangen des zweiten und dritten linken, sowie des dritten rechten Fingers. Die Knochenerscheinungen sind hier die einzigen Symptome der vererbten Syphilis, was in einzelnen, wenn auch nicht allzu häufigen Fällen beobachtet wird.

Bezüglich der Knochenaffektionen geht Hochsinger auf die Differentialdiagnose zwischen den syphilitischen und skrophulösen Daktylitiden der Säuglinge ein und stellt es als Regel hin, dafs bei den hereditär-syphilitischen Fingeraffektionen die Grundphalangen stets der Hauptsitz der Erkrankungen sind, dafs die Affektion gewöhnlich viele Finger gleichzeitig betrifft, dafs die Mittel- und Endphalangen der Finger dann gradatim an der Affektion teilnehmen, und zwar immer in der Weise, dafs die Fingerverdickung von der Grundphalange nach dem Ende zu an Intensität abnimmt, so dafs dann der erkrankte Finger die Gestalt eines Spielkegels annimmt, wobei die Gelenkslinien den Einschnürungen des Kegels entsprechen. Die skrophulösen Fingerentzündungen sind im Säuglingsalter selten, betreffen jedoch regellos einzelne Phalangen ohne Rücksichtnahme auf das angegebene Verhältnis der Phalangenerkrankungen bei hereditärer Syphilis und bilden gleichmäfsig runde knopfförmige Verdickungen. Dem gegenüber zeichnet sich die syphilitische Fingeraffektion auch dadurch aus, dafs die Finger breit erscheinen wie von vorne nach rückwärts zusammengedrückt, platt. Die syphilitische Dactylitis der Säuglinge geht nach Hochsingers Erfahrungen nie in Eiterung über und heilt unter interner Behandlung mit Protojoduretum hydrargyri (2—3 Centigramm pro die), gleichwie die Pseudoparalyse der langen Röhrenknochen in wenigen Wochen.

2. Schiff stellt ein elfmonatliches Kind mit Syphilis cutanea rupiaformis vor: Über dem linken Stirnbein, sowie in der rechten Schläfebeingegend teils einzelne isolierte, teils konfluierende, sowie diffuse, mit Borken und Schuppen belegte und mit austernschalenartig angeordneten Krusten bedeckte und mit infiltrierten roten Rändern versehene Hautstellen. Ähnliche Affektionen finden sich in der Halsgegend, sowie diffus in der Bauch- und Lumbosakralgegend hinunterreichend über beide Oberschenkel. Gleichzeitig sind die Mundwinkel exulzeriert, beide Lippen stark infiltriert, geschwollen und wund, sowie mit Rhagaden versehen und speckig belegt. Fehlen der Supercilien. Coryza, sowie aufserordentlich heisere, beinahe tonlose Stimme. Lauter Erscheinungen exquisit hereditären syphilitischen Charakters, wobei die Hauterscheinungen die typischen Charaktere der **Rupia syphilitica** aufweisen.

Der Säugling ist das elfte Kind seiner Eltern. Die Mutter hat nie abortiert hingegen elfmal geboren. Die ersten acht Kinder sind angeblich in den ersten Lebensmonaten infolge „wilden Mehlwurms“ (Soor, Aphthen) gestorben, zwei Kinder im Alter von 5 und 2 Jahren gesund, leben; das vorstehende ist das letzte Kind. Eltern: Mutter gesund, Vater nach Angabe ebenfalls. Obwohl die Medikation bisher nur eine interne war (Protojoduretum hydrarg.) sind die Erscheinungen seit drei Wochen bedeutend zurückgegangen.

3. Kaposi stellt abermals jenen Fall von Komplikation von **Lichen ruber mit diffusen Erythemen und pemphigusartigen Blasen** vor, den er am 25. November 1891 der Gesellschaft demonstriert hatte. Diese Komplikation von Erythemen und pemphigusartigen Blasen ist nach nur noch zehntägiger Dauer seit 8. Dezember akut abgebrochen. Der Vortragende schliefst unter Beziehung auf seine am 25. November gemachten Ausführungen, dafs die damals hervorgehobene Möglichkeit, es handle sich in diesem Falle nicht um einen Pemphigus, sondern um ein Intensitätssteigerungs-Phänomen des Lichen ruber, durch den Verlauf eine bedeutende Stütze gewonnen hat. Der Patient befindet sich vollständig wohl und zeigt nur noch ganz deutliche Pigmentpünktchen, den geschwundenen Lichen-ruber-Knötchen entsprechend, sowie gröfsere Flecke an Stelle der bestandenen Blasen.

In der Diskussion zu diesem Falle bemerkt Hebra, dafs nur eine durch Monate fortgesetzte Beobachtung Sicherheit darüber verschaffen werde, ob es sich in diesem Falle nicht vielleicht doch um Pemphigus oder etwa gar um Dermatitis herpetiformis handeln dürfte.

4. Kaposi führt noch weiter **Lichen ruber planus** vor mit diffusem und intensivem Erythema an den beiden Händen und konsekutiver Desquamation.

5. Grünfeld demonstriert einen Fall von **Urethralschanker**, welcher einen akuten Tripper vortäuscht. Von aufsen ist ein Geschwür nicht sichtbar; mit dem Endoskop sieht man zwei eiterig belegte Geschwüre, von denen das eine diesseits, das andere jenseits der Fossa navicularis seinen Sitz hat. Der Durchmesser beträgt $1^1/_2-2$ cm.

6. Lang stellt einen Fall von **Komedonen an der Glans und an der Cutis penis** vor mit narbenartigen Veränderungen, herrührend von Verödung von Follikeln.

Kaposi bemerkt, er habe bisher nie Komedonen an der Glans gesehen.

7. Neumann demonstriert einen Kranken mit **Ulcus tuberculosum labii oris**, der im vorigen Jahre mit einem Geschwür auf der Wangenschleimhaut und der Lippe auf der Abteilung in Behandlung stand. Ursprünglich wurde das Geschwür für spezifisch gehalten, da derselbe im Wiedener Spital Inunktionen bekommen hatte, und er wurde antiluetisch behandelt. Nachträglich trat der Charakter des Geschwüres deutlich hervor, und Patient wurde in der dermatologischen Gesellschaft als mit Ulcus tuberculosum behaftet vorgestellt. Da gegen die Diagnose damals von einigen Einwände gemacht wurden, als wäre das Ulcus traumatischer und nicht tuberkulöser Natur, so wird Patient mit einem neuen sehr charakteristischen tuberkulösen Geschwür von über Linsengröfse auf der Oberlippe der Gesellschaft vorgestellt und die früher gemachte Diagnose erhärtet.

8. Neumann führt ein 25 Jahre altes Mädchen vor, das seit September 1891 auf der Klinik in Behandlung steht und auf der Haut des Stammes, sowie der Extremitäten folgende Veränderungen aufweist. Am Stamme finden sich landkartenförmig gestaltete Kreissegmente aneinander gedrängt mit peripheren Bläschen auf hellrotem Grunde, während das Centrum teils pigmentiert und einzelne Effloreszenzen mit Krustenlamellen bedeckt erscheinen. Im gleichen Mafse wie am Stamme finden sich nunmehr am Fufsrücken über und um den Malleolus Kreise von gröfseren eiterigen

Bläschen, welche derzeit schon zum grofsen Teil vertrocknet sind, so dafs die Epidermis in gröfseren Membranen sich ablöst. Ähnliche Effloreszenzen befinden sich am Kniegelenk und Oberschenkel.

Nach dem Gebrauche von Unguent. Wilkinsonii sulfureum sind sämtliche vor dem Gebrauche bestandenen Effloreszenzen geschwunden. Die Haut war flach, etwas pigmentiert, und der Zustand blieb so 14 Tage, so dafs man der Hoffnung Raum geben konnte, dafs die Krankheit beseitigt sei. Aber schon am 28. Dezember zeigten sich an denselben Stellen, welche pigmentiert waren, neuerdings frische Proruptionen von Linsen-, Zehnkreuzer- bis Kreuzerstückgröfse durch miliare Bläschen begrenzte Kreise, teils einzeln stehend, teils dicht aneinandergedrängt, und so nahm die Zahl und Gröfse der Effloreszenzen bis jetzt kontinuierlich bis zu dem eingangs geschilderten Krankheitsbilde zu, so dafs die anfangs angenommene Diagnose „Herpes circinatus" nunmehr aufser Zweifel steht. Es bliebe noch die eine Diagnose einer Dermatitis herpetiformis offen, wofür der chronische Verlauf und die Lokalisation sprechen würde, doch ist einerseits die Bildung der miliaren Bläschen, andererseits die noch nicht genügend gekannte Symptomatologie der Krankheit nicht zu Gunsten dieser Diagnose.

In der Diskussion bemerkt Kaposi, dafs er mit Rücksicht auf den pathologisch-anatomischen Verlauf den Fall für einen Herpes Iris halten müsse, analog den rezidivierenden Fällen dieser Affektion mit abnormer Lokalisation.

Hebra ist geneigt, diesen Fall für Dermatitis herpetiformis Duhring anzusehen, und Lang unterstützt dies, indem er daran erinnert, dafs Patientin seinerzeit über starkes Jucken geklagt habe.

Kaposi hebt das atypische Auftreten solcher Erytheme hervor und erinnert diesbezüglich an die toxischen Erytheme.

9. Neumann führt eine Frau vor, die vor kurzem einen fünfmonatlichen Zwillingsabort durchgemacht hat. In jeder Achselhöhle findet sich eine über wallnufsgrofse **supernumeräre Mamma**, die beide während der Gravidität angeschwollen waren und mit den Mammis durch einen Strang in Verbindung standen.

In der Diskussion bemerkt Lang, dafs besonders einseitige Mammae supernumerariae nicht so selten sind, und macht gleichzeitig auf die Häufigkeit des Vorkommens supernumerärer Warzen bei Männern aufmerksam.

10. Kaposi stellt eine Frau vor mit einem **Substanzverlust an der rechten Seite der Oberlippe**, welcher nach anamnestischen Daten seit $1^1/_2$ Jahren trotz wiederholter Kauterisierung und zeitweiliger Vernarbung immer wieder rezidiviert ist und nunmehr solche Charaktere darbietet, die eine Diagnose nicht leicht machen. Die zwei furchenartigen Geschwüre, welche bogenförmig eine pfenniggrofse narbige Partie nach oben begrenzen, sehen vermöge ihrer Flachheit und grofsen Schmerzhaftigkeit tuberkulösen Geschwüren sehr ähnlich. Aus der plattrandigen Beschaffenheit der steilen Ränder und bei Abwesenheit anderer Merkmale des tuberkulösen Geschwürs schliefst Kaposi, dafs es sich um serpiginös-ulceröses-kutanes Syphilid tardiver Form handelt. Von der örtlichen Applikation vom empl. hydrarg. erwartet Kaposi auch eine Bestätigung.

11. Kaposi führt ein Weib mit **Rhinosklerom des Pharynx** vor. Der Gaumenbogen stark exediert und infiltriert, die Uvula ganz verloren gegangen, die beiden Arcus palatoglossi coulissenartig derb und grau ulzerös fixiert. An der Nasenschleimhaut papillomatöse Wucherungen auf verdichteter Basis.

12. Kaposi stellt einen Mann mit **Urticaria bullosa dispersa** vor, der noch weiter beobachtet werden soll.

13. Kaposi stellt einen Fall vor von **Pemphigus foliaceus der Mundschleimhaut**

und beginnendem Pemphigus vegetans circa anum, bei welchem innerhalb fünfwöchentlicher Behandlung der gröfste Teil der Affektion zur Heilung gelangt ist. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. pag. 341 ff.)

Hamburger ärztlicher Verein.

Sitzung vom 19. April 1892.

Herr Unna demonstriert **künstliche Ekzemflecke**, welche er an sich und dem Laboratoriumdiener durch Einimpfung einer besonderen **Kokkenart** erhalten hat. Die 5 Flecke stellten dar circa fünfpfennigstückgroſse, rundliche, hochrote Effloreszenzen, welche mit eingetrockneten Bläschen besetzt sind. Früher glaubte Herr U., daſs Hyphomyceten die wahrscheinliche Ursache des Ekzems seien. Alle Impfresultate waren aber negativ. Seit Jahresfrist hat er die Konstanz einer Kokkenart in Ekzembläschen, Schuppen, Krusten und Schnitten nachweisen können. Die Züchtung ergab eine noch unbekannte Diplokokkenart. Die Impfresultate mit den Reinkulturen waren zuerst ebenso negativ wie bei allen anderen aus seborrhoischen Krusten gezüchteten Pilzen. Erst seitdem es ihm gelang, der Impfstelle Luftsauerstoff und genügende Feuchtigkeit zuzuführen, fielen dieselben 5 mal nacheinander positiv aus. Herr U. demonstriert sodann diese Kokken im Innern eines Ekzembläschens auf Schnitten aus einem Ekzemfleck vom Arm des Laboratoriumdieners. Auf die biologischen Eigenschaften dieses Coccus wird Herr U. nächstens eingehender zurückkommen.

Sitzung vom 3. Mai 1892.

Herr Unna demonstriert ein Kaninchen, welches an zwei Stellen einen **progressiven Haarausfall mit Schuppung**, analog der menschlichen Alopecia pityrodes, zeigte, an denen es mit den Kokken des Ekzems geimpft war. Diese Impfungen haben bei Kaninchen und Meerschweinchen stets diesen Erfolg. Sodann zeigte Vortragender Kulturen des Coccus vor. Auf Nähragar bildet derselbe, im Gegensatz zum Staphylococcus albus, grauweiſse, scharf begrenzte, flache Bänder und zahlreich isolierte durchscheinende Tröpfchen. Gelatine wird von demselben niemals in der Länge des Impfstiches verflüssigt und nie rasch und vollständig, sondern nur sehr langsam und unvollständig an der Oberfläche. Auf Kartoffeln erzeugt er ein flaches, grauweiſses, scharf begrenztes Band ohne den charakteristischen Kleistergeruch des Staphylococcus. Ebenso leicht ist der Organismus tinktoriell zu erkennen. Er besitzt meistens die Form von Diplokokken und ist in den Haufen durch das regelmäſsige Korn und den weiten Abstand der Individuen vom Staphylococcus zu unterscheiden. Noch mehr aber durch die enormen Gröfsendifferenzen der Einzelindividuen in allen nicht zu üppig gewachsenen Kulturen (0,5—1,5 μ): in den letzten bleibt die Gröfse eine mittlere. Selbst die beiden Hälften eines Diplococcus sind zuweilen so verschieden, daſs die eine doppelt so groſs ist wie die andere. Von den Gonokokken unterscheiden sich die Kokken andererseits durch ihre Jodfestigkeit (Gram und Weigert). Über die charakteristischen Differenzen der Kokken von andern Organismen innerhalb der Gewebe wird der Vortragende demnächst berichten.

Herr Unna demonstriert ferner den **Bacillus des weichen Schankers** an Schnitten verschiedener Schanker. Es ist ihm gelungen, denselben an 5 typischen Schankern in derselben Gestalt und Lagerung im Gewebe nachzuweisen. Es ist ein Streptobacillus, d. h. er durchsetzt den oberflächlichen Teil des Schankers in sehr langen Ketten in einfachen bis 4- und 5fachen Reihen. Dieselben schlängeln sich zwischen den Plasmazellen und Leukocyten hindurch, ohne in sie einzudringen, bringen aber das Gewebe in den Radien, in welchen sie einwachsen, zur Nekrose. Dadurch entsteht die radienartige Zerklüftung des Schankergrundes. Trotz der noch fehlenden

Züchtung und Übertragung schliefst Herr U., dafs diese Kettenbazillen die wahre Ursache des Schankers sind aus folgenden Gründen:

1. Sie sind massenhaft in jedem untersuchten reinen Fall von weichem Schanker vorhanden.

2. Sie sind in Reinkulturen im Gewebe vorhanden. Nur auf der Oberfläche eines Schankers vegetierten einzelne andere Organismen.

3. Sie sind in einer Lagerung vorhanden, welche die Pathologie des Ulcus molle aufklärt, sowohl klinisch wie histologisch.

4. Sie sind durch ihre kettenweise Anordnung von jedem bisher bekannten in Frage kommenden Organismus unterschieden.

5. Soweit bisher Gegenuntersuchungen reichen (Initialsklerose, Ulcus cruris, Ecthyma) fehlen sie bei anderen Geschwüren.

Möglicherweise sind sie mit den von Ducrey im Schankereiter gefundenen Bazillen identisch. Die Methode der Darstellung ist: Vorfärbung mittelst alkalischen Methylenblaus und Entfärbung durch Glyzerinäthermischung oder Styron. Über die Organismen des serpiginösen Schankers behält Herr U. sich Mitteilungen vor.

Neebe-Hamburg.

Sitzung des Ärztevereins zu Budapest

am 20. Februar 1892.

Dr. Ignatz Heisler demonstriert aus der Poliklinik des Dr. S. Róna **einen Fall sekundärer Syphilis trotz frühzeitig erfolgter Exzision der Sklerose.**

Dr. Róna vollzog in der letzten Zeit bei 2 Patienten die Exzision mit negativem Erfolge; der erste bot wenig Chancen, da die Sklerose schon seit 12 Tagen bemerkt wurde. Der zweite vorgestellte Patient meldete sich am 5. Januar auf der Poliklinik, darüber klagend, dafs er seit 2 Tagen auf der inneren Vorhautslamelle einen schmerzlosen Ausschlag bemerkt. (Letzter Coitus erfolgte vor 3, vorletzter vor 19 Tagen.) Die Untersuchung ergab 2 oberflächliche Erosionen von der Gröfse eines Hirsekornes resp. einer Linse, welche aber so schwach markierte Symptome einer Sklerose zeigten, dafs R. nur mit gröfster Vorsicht die Diagnose einer Papula primaria aufstellte. Am 7. Januar erfolgte die Exzision von zwei, 2 Tage später die einer dritten, seither entwickelten stecknadelkopfgrofsen Sklerose. Der Schnitt wurde weit über die pathologische Grenze hinaus geführt. Die Wunden heilten ohne Naht per primam. Am 18. Januar konnte schon das Wachsen der Leistendrüsen, am 20. eine beginnende Reinduration der zuletzt operierten Sklerose konstatiert werden, am 3. Februar reindurierten alle 3 Stellen, und am 13. Februar stellte sich ein allgemeines papulomakulöses Syphilid auf.

Dr. H. knüpft an die Demonstration die Bemerkung, mit welcher Reserve jene Fälle von Exzisionen zu betrachten sind, bei denen die Operation trotz längerem Bestande der Sklerose von positivem Erfolge gekrönt war, während hier bei kaum markierten klinischen Symptomen gar kein Resultat erzielt werden konnte.

Dr. S. H. Scheiber demonstriert **eine rechtsseitige Neuralgia brachialis, kompliziert mit Herpes zoster.** Die 56jährige Frau hat seit ¾ Jahren Achselschmerzen, welche seit 2 Wochen den ganzen rechten Arm befallen. Um letztere Zeit entwickelten sich auch Herpesbläschen darauf. Sch. demonstriert an Zeichnungen, dafs die NN. cutaneus brachii internus, cutaneus medius, cutaneus posterior superior, cutaneus posterior inferior, ulnaris und medianus an der Trophoneurose teilnehmen, während die NN. supraclavicularis, axillaris, cutaneus brachii externus und die Endäste des N. radialis freiblieben.

Sitzung am 5. März.

Dr. H. Feleki demonstriert Präparate unter dem Titel: „**Urethritis membranacea desquamativa; Argyria urethrae**". Die Gebilde entleerten sich spontan mit dem Urin zweier Patienten. Der erste Kranke leidet seit 4 Jahren an Urethritis blennorrhoica, die Schleimhaut der ganzen Pars pendula war graugelb, matt, weniger elastisch und zeigte linsengroſse Epithelauflagerungen. Nach zwei Höllensteinlösung-(1/2%)Injektionen entleerten sich ein 5 und ein 3 cm langes, 1/2 mm dickes, graugelbes, cylindrisches, dem Abgusse der Harnröhre entsprechendes Röhrchen, welche sich unter dem Mikroskop als homogene, aus geschichtetem Epithel bestehende Gebilde erwiesen.

Der zweite Fall gleicht vollkommen dem ersten, nur war hier schon eine Striktur vorhanden und die Harnröhrenschleimhaut schwarzgrau entfärbt, daher die Diagnose: **Argyria urethrae.** (Beim Kranken wendete man seit 1 1/2 Jahren ununterbrochen Arg. nitr. an.) Auch hier entfernten sich mit dem Urin den vorigen vollkommen ähnliche, jedoch schwarzbraune Röhrchen, die sich unter dem Mikroskope aus kleinen Körnchen bestehend erwiesen. In der ganzen Litteratur sind nur 2 ähnliche Fälle von Dr. Pajor beschrieben, F. würde aber lieber die Benennung: **Xerosis urethrae** vorschlagen. *Heisler-Budapest.*

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Jan. 1892. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1892. S. 27.)

L. Brocq stellt einen Fall von **Sklerodermie** vor, der schon einmal, am 11. Dez. 1890, die Versammlung beschäftigt hatte. Die Neubildung betraf fast die ganze Aufsenfläche des rechten Arms, war beträchtlich dick und 3—6 cm breit. Jetzt ist Brocq eine fast völlige Heilung auf elektrolytischem Wege gelungen. An die Vorstellung knüpft er einige Mitteilungen über die Art und Weise, wie die Elektrolyse anzuwenden sei. Besnier, Thibierge und Hallopeau fügen dem noch einige hinzu.

Tenneson stellt eine 40jährige Patientin mit **Mykosis fungoides** vor, bei der alle 3 Formen der Krankheit: ekzematöse Plaques, lichenoide Papeln und fungöse Geschwülste gleichzeitig vorhanden sind.

Hallopeau spricht über den Unterschied der von ihm aufgestellten **Dermatitis pustulosa** und der Dermatitis herpetiformis Duhring. Er stellt einen Fall von letzterer Krankheit vor, der zu den atypischen gehört und leicht mit seiner Dermatitis pustulosa verwechselt werden kann. Er widerspricht Hudelo und Wickham, die seine Form nur als eine Varietät der Dermatitis herpetiformis betrachten möchten, welch letzterer Ansicht auch Brocq beipflichtet.

Hallopeau stellt einen jungen Menschen mit **Psoriasis** vor, bei dem einzelne Hautstellen, an denen früher Psoriasis-Plaques safsen, jetzt ihres Pigments beraubt sind, so dafs sie nun farblos erscheinen. Im übrigen unterscheiden sie sich in nichts von der umgebenden gesunden Haut.

Paul Raymond und Barbe stellen ein 2monatliches Kind mit den von Ritter von Rittershain als **Dermatitis exfoliativa neonatorum** bezeichneten Hautsymptomen vor: Allgemeine, diffuse, nicht entzündliche Rötung der Haut, die in den Gelenkfalten begann; im Anfang auch kleinste, nicht einmal stecknadelkopfgroſse Bläschen mit klarem Inhalt; starkes Schuppen der Haut; etwas Jucken; im übrigen Wohlbefinden. — Vidal hält dafür, dafs in dem vorliegenden Fall die Seborrhoe eine Rolle spiele, aber sicher stelle der Fall keine Dermatitis exfoliativa dar. — Auch Brocq vermifst alle Symptome der letztern: Fieber, starke Entzündung der Haut, lange Dauer. Er glaubt nicht, dafs in Frankreich schon ein Fall, entsprechend den von Ritter als Dermatitis exfoliativa beschriebenen, beobachtet sei. — E. Besnier

bestätigt, dafs diese Form nur sehr selten vorkomme. Fälle, die dem vorgestellten entsprechen, werden im Hospital Saint-Louis gewöhnlich als Dermatitis erythemato-eccematoides bezeichnet und entstehen meistens dann, wenn die Kinder zu lange in ihren schmutzigen Windeln liegen.

Perrin de la Tauche berichtet im Anschlufs an die Mitteilung von Jullien in der letzten Sitzung über zwei Fälle von **Phthiriasis palpebrarum** bei zwei öffentlichen Mädchen. Die eine war sonst ganz frei von Läusen. Bei ihr bewirkte das Ungeziefer etwas Brennen und Rötung des Lidrandes. Beide befreiten sich selber von den Parasiten.

H. Feulard stellt einen Knaben von 15 Monaten vor mit einem **schankriformen Geschwür** auf dem Penis und Anschwellung der Leistendrüsen rechts. Man konnte um so eher an einen harten Schanker denken, als beide Eltern mit frischer Syphilis behaftet waren. Indessen erwies die genauere Nachforschung, dafs es sich bei dem Knaben nur um eine verhärtete Ekthyma-Pustel handelte. — Fournier nimmt Anlafs, auf die Schwierigkeit der Differential-Diagnose zwischen Schanker und anderen Geschwüren der Genitalien hinzuweisen. Auch Krätze und Filzläuse könnten zu Entzündungen führen, die einen Schanker vortäuschten. Er kommt dann auf die Abortiv-Behandlung der Syphilis, die frühzeitige Entfernung der verdächtigen Geschwüre, zu sprechen, die nur einen sehr fraglichen Wert habe, da man nie wisse, ob man wirklich ein Ulcus specificum vor sich habe. An diese Bemerkungen knüpft sich eine sehr inhaltsvolle Besprechung, an der sich Besnier, Darier, Jullien, Verchère, und Spillmann beteiligen. Von ihnen erweisen sich nur Jullien und Verchère als bedingte Anhänger der Abortiv-Behandlung. Letzterer hat ein Geschwür, das er mit Brocq und Duplaix für einen harten Schanker hielt, ausgeschnitten und davon auf Syphilitische im sekundären Stadium überimpft, ohne bei ihnen irgend ein Ergebnis zu erzielen. Die anderen Herren sind mehr oder minder der Ansicht, dafs man einen harten Schanker erst ex post, an seinen Folgen, erkennen könne, und dafs demnach die ganze Statistik der Abortiv-Behandlungen nicht beweisend sei.

Hudelo bringt einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris**, bei dem Hände und Unterextremitäten ganz verschont sind. Da diese Krankheit erst zwei Monate alt ist, so mögen jene Teile allmählich auch noch ergriffen werden.

William Dubreuilh bespricht einen Fall von **Impetigo herpetiformis**, der einen Mann, einen 53jährigen Potator, betraf und, wie fast immer, tötlich endete. Er wird in einer der nächsten Nummern der *„Annales“* ausführlich veröffentlicht werden.

L. Jacquet stellt zwei Frauen mit **Lichen planus** vor, die er nach seiner Methode mit lauwarmen Duschen behandelt hat und die beide eine unverkennbare Besserung aufweisen. — E. Besnier warnt vor voreiligen Hoffnungen, da der Verlauf des Lichen ein ganz unregelmäfsiger sei; ein endgültiges Urteil über den Wert des neuen Verfahrens liefse sich erst nach einigen Monaten abgeben.

Veillon führt eine Kranke vor mit einem **pustulösen Ausschlag auf beiden Händen und Armen.** Derselbe besteht aus kleinen Blasen, deren seröser Inhalt sich bald eitrig trübt und die wie von glühenden Stecknadelköpfen erzeugt scheinen. Wegen der regelmäfsigen Verteilung der Bläschen und der unverkennbaren Hysterie bei der Patientin hält V. die Annahme, ein Kunsterzeugnis vor sich zu haben, für naheliegend. Diese Ansicht wird von allen Rednern geteilt, und G. Thibierge erzählt bei der Gelegenheit zwei hübsche Fälle von künstlich erzeugter Hautkrankheit.

Türkheim-Hamburg.

Besprechungen.

Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anmerkungen und Zusätzen versehen,

von

Ernest Besnier und Adrien Doyon.

(2. franz. Ausgabe. Paris. G. Masson. 1891.)

Besprochen von Dr. L. Philippson.

(Fortsetzung.)

In das Kapitel „Ichthyosis“ sind von Kaposi Affektionen hineingezogen worden, welche von anderen Autoren schon längst als gesonderte Krankheiten beschrieben worden sind. Dahin gehört zuerst der Lichen pilaris, welcher von T. Fox (1891) als Cacotrophia folliculorum bezeichnet wurde und der von B. als Xeroderma pilare ausführlich dargestellt worden ist. (Vgl. diesen Band, Heft 8.) Ferner ist die „lokale Ichthyosis der Hände und Füfse“ aus dem Bilde der echten Ichthyosis herauszunehmen und teils zu den angeborenen Keratodermien (Unna Keratoma palm. et plant. hered.), teils zu den erworbenen Keratodermien Besniers zu stellen. Schliefslich sind die Ichthyosis hystrix-Fälle zu den angeborenen Mifsbildungen, den Naevi, zu rechnen. Wir erhalten nach Abzug dieser klinisch, anatomisch, wie ätiologisch von der eigentlichen Ichthyosis verschiedenen Krankheiten eine Krankheit Ichthyosis, von welcher für den klinischen Bedarf mit Nutzen drei verschiedene Grade unterschieden werden: Die leichte Form mit kleienförmiger Abschuppung, welche bei den ichthyotischen Personen in den ersten Monaten oder in den ersten Jahren zu beobachten ist. Zweitens die Form mittleren Grades, welche als Ichthyosis nitida, scutulata, serpentina bezeichnet wird, wo die Epidermis stark in Falten gelegt ist, als ob sie für die Cutis zu grofs wäre, wo der Panniculus adiposus atrophisch ist und wo besonders um die Gelenke die Haut das Ansehen einer Krötenhaut annimmt. Schliefslich die stärkste Ausbildung der Ichthyosis in Form von Schildern. Was speziell die Ausbildung der Krankheit an den Händen bei Ichthyotischen anbetrifft, so hat sie nichts Typisches, sie fühlen sich rauh und trocken an, ihre Falten sind stärker ausgeprägt, eine Schuppung wie an der übrigen Haut findet sich hier nicht.

Als symmetrische Keratodermie der Hände und Füfse hat B. die Hornschichtverdickungen beschrieben, welche zum Teil angeboren, zum Teil erworben sind und rein lokale Erkrankungen vorstellen. Hierher rechnet B. zuerst das Unnasche Krankheitsbild des hereditären Keratoms: an den Füfsen ist die ganze Trittfläche von dicker Hornschicht bedeckt und die scharfe Grenze gegen das Gesunde durch einen feinen roten Saum markiert; an der Palma ist die Veränderung gleichmäfsig ausgebreitet und greift auch zum Teil auf die Dorsalseite der Finger über. Diese Form kommt angeboren und bei mehreren Familienmitgliedern zugleich vor, ohne mit ichthyotischen Erscheinungen auf dem übrigen Körper vergesellschaftet zu sein. Eine andere von Besnier beschriebene Form der Keratodermie entwickelt sich aus noch unbekannten Ursachen, unabhängig von äufseren Einwirkungen in der zweiten Kindheit: tritt symmetrisch auf, schreitet schubweise vorwärts und ist im

Winter stärker ausgeprägt. Die Hornschichtverdickungen finden sich inselweise an der Beugefläche der Finger, auf der Palma entsprechend den Metacarpo-Phalangealgelenken, auf der Höhe des Daumenballens und längs der Ulnarseite; an der Planta in ähnlicher Verteilung. Die dazwischenliegende Haut ist vollständig normal und durch eine schmale erythematöse Zone von den kranken Partieen getrennt, dagegen bestehen zu keiner Zeit irgendwelche Zeichen von Ekzem an diesen Stellen.

Bei Besprechung der Warzen werden einige nicht unwichtige Bemerkungen gemacht: B. und D. unterscheiden die Warzen je nach ihrem Vorkommen bei jungen Leuten, Erwachsenen und alten Leuten. Aufser den allbekannten Formen findet man bei Kindern noch flache Warzen: sie unterscheiden sich von jenen durch ihren geringeren Durchmesser, durch ihre gröfsere Zahl, ihre plane Oberfläche, ihre rundliche, polygonale oder unregelmäfsige Form. Sie kommen aufser an den Händen auch noch im Gesicht vor, wo sie mehr von gelblicher Färbung gruppenweise auf den Wangen, an der Schläfengegend und auf der Stirn gefunden werden. Beim Erwachsenen giebt es dieselben Formen wie in der Jugend, aber sie sind unregelmäfsiger gebildet, mehr abgeplattet, miteinander verschmolzen, stärker verhornt. Ihre Lokalisation an den Händen ist die Gegend am Nagelsaum, am seitlichen Nagelfalz, besonders am Daumen, ferner auf dem Dorsum der Finger. Sie finden sich aber auch sonst über den Körper zerstreut. Sind sie stärker verhornt, so ist die Oberfläche zerklüftet, unregelmäfsig, häufig sind sie von einem roten Hof umgeben und geben leicht Veranlassung zu Ulzerationen durch Läsionen. Endlich die senilen Warzen (oder seborrhoischen Warzen), besonders vom 50. Jahre an zu treffen, sitzen hauptsächlich auf der vorderen und hinteren Fläche des Thorax. Sie sind plan oder spitz, von Hautfarbe oder mehr oder weniger schmutzig-grau, fettig anzufühlen.

Die unter dem Sammelnamen Sklerodermie vereinigten verschiedenen Krankheitsbilder erfahren auf Grund französischer und englischer Arbeiten (dieses Gebiet ist bekanntlich in Deutschland-Österreich sehr vernachlässigt worden) durch B. u. D. eine ausführliche Besprechung, und werden die vorliegenden Erfahrungen dazu benutzt, die zunächst zu beantwortenden Fragen zu formulieren. B. hat bekanntlich wiederholt die Forderung aufgestellt, fürs erste wenigstens 2 grofse Gruppen von Dermatosklerosen, unter welchem Namen er die durch Sklerose der Haut charakterisierten selbständigen Erkrankungen zusammenfäfst, zu unterscheiden: die universellen und die zirkumskripten. Diese Gruppen sind nicht so sehr wegen ihrer verschiedengradigen Ausbreitung zu trennen, sondern vielmehr wegen der grofsen Differenz in ihrem ganzen Krankheitsverlauf. Auf der einen Seite die progressive universelle Sklerodermie mit sklerotischen Veränderungen innerer Organe verbunden und auf der anderen Seite ein einzelner morphötischer Fleck — dies sind die Gegensätze, welche in krasser Weise die Zweiteilung notwendig erscheinen lassen. Das Krankheitsbild der universellen Sklerodermie ist das bekannte, in allen deutschen Lehrbüchern zu findende, für welches der Vergleich mit einem gefrorenen Leichnam ja gebräuchlich ist. Worauf aber weniger hingewiesen wird und was gerade für die Pathogenese von der gröfsten Wichtigkeit ist, die Prodrome der Sklerose, diese finden sich nur selten ausführlich berücksichtigt und besprochen. Die diesbezüglichen Angaben des französischen Werkes sollen daher vollständig wiedergegeben werden. Als Prodrome der chronischen Dermatosklerosen findet man Symptome, welche auf Störungen des vasomotorischen und des sensiblen Nervensystems zu beziehen sind. Die vasomotorischen Störungen bestehen im wesentlichen in verschieden lokalisierten, partiellen oder über ein Glied ausgebreiteten, mit oder ohne Ödem verbundenen, flüchtigen oder länger dauernden und zuletzt an der Peripherie der sklerotisierten Partien wiederzufindenden Erythemen. In dieser Periode bildet sich

manchmal eine Fettwucherung im Hypoderm, eine wirkliche ödematöse Polysarcie aus, welche dem myxödematösen Zustand sehr nahesteht. Subjektive Erscheinungen finden sich als Gefühl von Hitze und Kälte, Ameisenkriechen, Stechen, Jucken, unbestimmte Schmerzen in der Haut und in den verschiedensten inneren Organen. Auch Hyperidrosis trifft man. Nach diesen verschieden langdauernden Prodromen bildet sich dann allmählich, seltener in ganz akuter Weise, die Sklerose aus. Im Anfang ist die Verhärtung nur schwer zu fühlen, es besteht dann, besonders in der infraklavikularen Gegend, in der Leistengegend, an der Innenseite der Oberschenkel oder an den Gelenkfalten ein feines oberflächliches Netz von ungleichen Maschen, welches von etwas erhabenen, glänzenden, wie gefirnifsten, einander durchkreuzenden Streifen gebildet wird. Aus diesen sklerotischen Netzen entwickeln sich die Plaques, kenntlich an der matten Färbung ihrer Area, welche elfenbeinartig oder fein gefaltet, leicht erhaben oder deprimiert sein kann. An den Extremitäten verlaufen diese Plaques axial in Form von länglichen, oft oberflächlichen Bändern. Am Abdomen und in der Mammagegend bestehen auch die Linien des Netzes, um allmählich sich zu erheben und hervorspringende, harte, striaeähnliche Erhabenheiten zu bilden. In der Sternalgegend und manchmal auch an den Extremitäten zeigt sich die Hautsklerose mitunter in Form von Plaques von ein bis mehreren Centimetern Höhe, so dafs sie wie Keloide aussehen. — Die Pigmentation tritt in sehr verschiedener Weise auf. Unabhängig von den auf der sklerotischen Partie zerstreut vorkommenden Pigmentflecken, finden sich oft solche an der Peripherie der Plaques, an den noch nicht befallenen Stellen und besonders an den dem Druck und der Reibung ausgesetzten Hautstellen: Hals, Gürtel, Flanken, Kreuzbein, an den vorspringenden Knochenleisten. Viele Patienten sind, wenn die Sklerodermie vollständig ausgebildet ist, mehr oder weniger gleichmäfsig bronzefarbig, oder die Pigmentation ist inselförmig oder streifig. — Was die Lokalisation der universellen Sklerodermie an den Fingern anbetrifft, so ist dieselbe wegen ihrer praktischen Bedeutung schon längst einer aufmerksamen Untersuchung, besonders in der ausländischen Litteratur, unterzogen worden. Obleich die Fingeraffektion im Krankheitsbilde vorherrschen oder sogar den Anfang desselben machen kann, so ist sie doch stets mit anderen sklerodermatischen Lokalisationen verbunden. Wegen der eigentümlichen anatomischen und physiologischen Verhältnisse ist die Sklerodaktylie nicht so spezifisch, wie die an anderen Hautpartien vorkommenden Läsionen. Es können daher die verschiedensten Krankheitsprozesse hier grofse Ähnlichkeit gewinnen und eventuell zur Differentialdiagnose herangezogen werden: der chronische Rheumatismus der kleinen Gelenke, verschiedene Nervenaffektionen der Armnerven, peripherische Neuritiden, Gefäfsstörungen etc. — Die universelle progressive Sklerodermie führt unter dem Auftreten von Störungen seitens lebenswichtiger Organe gelegentlich zum Tode, und wurden dieselben von den meisten Autoren als von der Hautaffektion unabhängige Krankheitsprozesse aufgefafst, als Komplikationen. Demgegenüber betonen B. und D. nachdrücklich, dafs nach den neueren Arbeiten, besonders französischer Autoren, der sklerosierende Vorgang aufser an der Haut sich auch an anderen Systemen abspielen kann, und dafs daher die Sklerodermie als Allgemeinerkrankung mit vornehmlicher Lokalisation an der Haut betrachtet werden mufs. Zu gleicher Zeit mit der Haut werden auch Muskel, Gelenke und Knochen von demselben pathologischen Prozefs befallen, und zwar meistens in langsam fortschreitender Weise. Aber früher oder später bildet sich eine akute oder langsame Kachexie aus, während welcher sich Störungen des Darmtractus und seiner Adnexe, des Herzens, der Nieren, der Lungen etc., entwickeln. Myocarditis ist eine der gewöhnlichsten Lokalisationen der Sklerodermie, wie überhaupt Muskelläsionen zu dem eigentlichen Krankheitsprozefs gehören. Diese

Zusammengehörigkeit ist nicht allein klinisch, sondern auch bereits anatomisch nachgewiesen. Diese Thatsachen berechtigen aber, die universelle progressive Sklerodermie oder die sklerodermatische Krankheit abzutrennen von den lokalisierten Sklerodermien, bei welchen nie Zeichen einer Allgemeinerkrankung gefunden werden. B. und D. sprechen sich für eine mehr oder weniger direkte Beteiligung des Nervensystems an diesem Krankheitsprozesse aus, ohne entscheiden zu wollen, ob nicht etwa Gefäfsstörungen als die primären Veränderungen anzunehmen seien. So lange keine Veränderungen lebenswichtiger Organe Platz gegriffen haben, ist die Sklerodermie nicht lebensgefährlich, sobald aber die Sklerosierung auch an inneren Organen sich entwickelt hat, ist die Allgemeinerkrankung die Ursache des letalen Ausganges. — Von dieser progressiven universellen Sklerodermie unterscheiden B. und D. scharf die lokalisierten Sklerodermien, von denen sie die Morphoea und die zirkumskripten Dermatosklerosen gesondert beschreiben. Der Beginn der ersteren ist so unscheinbar, dafs die Patienten ihn nicht wahrnehmen: ein roter, bläulicher Fleck, der von verschiedenen Punkten aus abblafst, um dann ein oberflächlich pergamentartiges weifsliches Centrum mit lila Hof zu bilden. Das Centrum wird allmählich immer härter und blasser, während der gefärbte Hof bestehen bleibt. Die Form des Flecks ist mehr oder weniger abgerundet, unregelmäfsiger, wenn mehrere zusammengeflossen sind. Unmittelbar innerhalb des Lila-Ringes ist eine pigmentierte Zone, welche das gelbliche oder weifse, glatte oder leicht schuppende Centrum einschliefst. Der Ring selbst ist in der Konsistenz unverändert, das Centrum fühlt sich aber wie ein Stück Karton oder wie gefrorene Haut an. Schmerz besteht nicht, Sensibilität ist erhalten. Diese Plaques bilden sich der Regel nach von selbst zurück, aber nur sehr langsam innerhalb von Jahren. Wenn die Rückbildung beginnt, so bleicht der Lila-Ring ab, und der Fleck wird vom Centrum aus allmählich weicher, so dafs schliefslich nur Pigmentreste und einige oberflächliche Gefäfsektasien übrig bleiben. Derartige morphötische Plaques kommen meistens solitär vor, seltener multipel. Von der Morphöa unterscheiden sich die zirkumskripten Dermatosklerosen durch das Fehlen der Lila-Zone und durch die Erscheinung, dafs sie mit Retraktion der Gewebe verbunden sind. Sie sind meistens in Form von Bändern, welche längs der Extremitäten oder um den Rumpf laufen, angeordnet. Letztere Eigentümlichkeit trifft man aber auch bei der Morphöa, so dafs die Grenze zwischen beiden nicht sehr scharf gezogen werden kann.

Die Elephantiasis, d. h. die zur Verdickung der Füfse und Unterschenkel führende idiopathische chronische Erkrankung, entwickelt sich, und das ist eine sehr wichtige Thatsache, nicht akut oder allmählich, sondern sie ist vielmehr ein intermittierender, in Paroxysmen fortschreitender Prozefs. Die Anfälle sind gewöhnlich von Fieber begleitet, es besteht allgemeines Unwohlsein, die befallene Extremität ist heifs, geschwollen, gerötet, als ob sich eine Phlegmone oder ein Erysipel entwickelt. Dieser Zustand hält 1 oder 2 Wochen, in unserem Klima noch kürzere Zeit an und verschwindet mit Hinterlassung einer gröfseren oder geringeren Volumenszunahme. Die Zahl der Anfälle schwankt sehr, ebenso wie die Intervalle, in denen sie aufeinanderfolgen, und der Grad derselben. Zwischen der Häufigkeit und der Intensität der Anfälle, und dem Grad der Entwickelung der Elephantiasis besteht kein konstantes Verhältnis. Als Behandlungsmethoden werden hauptsächlich Kompression, dann Massage und Elektrisieren, aufser chirurgischen Eingriffen, empfohlen. — Das Myxödem wird von den Autoren hauptsächlich nur zur Differentialdiagnose von eigentlichen Hautkrankheiten herangezogen. So kann die allgemeine Sklerodermie im Beginne durch das subkutane Ödem Ähnlichkeit mit dieser Krankheit gewinnen, aber dieser Zustand ist hier doch nur vorübergehend, und bald findet man das sklerotische

Netz in der Haut und die Pigmentierung. Bei der Elephantiasis kommt die beschränkte Lokalisation derselben gegenüber der universellen Ausbreitung des Myxödems in Betracht. Bei chronischen ödematösen Zuständen der Haut läfst sich immer irgendwo die Eindrückbarkeit derselben auffinden, was bei Myxödem nie der Fall ist. Die Akromegalie endlich ist auf die Extremitäten beschränkt und nicht universell. Aufserdem kommt bei allen diesen Krankheiten das Fehlen des Kretinismus in Betracht.

Die Alopecia areata (Pelade der Franzosen) gewinnt durch die bekanntlich von Besnier schon längere Zeit verfochtene Ansicht von ihrer Kontagiosität eine ganz andere Physiognomie, als wir in Deutschland zu sehen gewohnt sind. B. bekennt sich unumwunden zu seiner Auffassung in folgenden Worten: Unter den verschiedenen Arten von Alopecia areata giebt es eine, und zwar ist es die gewöhnlichste, welche in gewissen Ländern häufiger als in anderen ist, und ganz besonders häufig in Paris, die durch Kontakt oder mittelbar übertragen wird. Die in Frankreich und besonders in Paris beobachteten Endemien von Alopecia areata in Kasernen, Schulen, Pensionaten geben das Material ab, auf welches B. seine pathologischen Ansichten stützt und aus welchem er die Prinzipien für die Behandlung der Krankheit ableitet. Bei dem durch jene Vorkommnisse angeregten lebhaften Interesse ist es nicht zu verwundern, wenn diese Krankheit hier gründlicher studiert und ausführlicher besprochen wird, als sonst in den Lehrbüchern üblich ist. Der Beginn ist für gewöhnlich ein schleichender und subjektiv nur durch geringes Jucken, welches oft auch fehlt, und durch neuralgische Erscheinungen von sehr schwankendem Charakter und Sitz gekennzeichnet. Hat man Gelegenheit, den Beginn genau zu verfolgen, so finden sich folgende objektive Symptome ein: Die Haare verlieren ihren Glanz und ihre Weichheit, sie werden trübe, wie bestäubt; die betreffende Hautpartie ,huppt unmerklich, wird etwas farblos, manchmal leicht gedunsen. Die Weiter- ntwickelung ist nun sowohl bei verschiedenen Personen, wie an verschiedenen Stellen bei denselben Personen sehr verschieden: mitunter akut fortschreitend, ein anderes Mal ist erst nach Wochen und Monaten eine Ausbreitung wahrnehmbar. Bald ist die Alopecie an Ort und Stelle sofort vollständig ausgebildet, für gewöhnlich aber treten nach dem Ausfall der Haare erst mehrere Generationen von abortiven Haaren auf, auf welche dann wieder gesunde folgen können oder nach denen die Haarbildung überhaupt aufhört, die Haut glatt, leicht eingesunken wird und so die Krankheit vollständig ausgebildet ist. Aufser dieser allbekannten Form von Alopecie giebt es noch eine andere, welche in Deutschland bisher wenig Beachtung gefunden hat. Hier ist die Plaque nicht ganz kahl, noch mit rudimentären und farblosen Haaren besetzt, sondern es finden sich auf ihr unregelmäfsig zerstreut schwarze, kurz abgebrochene Haare. Diese Haare folgen dem Zuge leicht, fallen aber nicht von selbst aus und verbleiben als tote Stümpfe an Ort und Stelle. Besonders wird betont, dafs sich in diesen Stümpfen kein Trichophyton nachweisen läfst. Diese Art der Haarveränderung ist nicht qualitativ verschieden von der gewöhnlich bei Alopecie vorkommenden, sie gehören beide zu demselben zur Atrophie des Haares führenden Krankheitsprozefs, der sich bald in dieser, bald in jener Weise äufsert. Im Gegensatz zu dem Trichophytiehaar, welches als normal ausgebildetes Haar erkrankt, ist das alopecische Haar ein fehlerhaft entwickeltes, ein atrophisches, resp. nekrotisches Haar. Daher die Differenz in dem Aussehen: Das alopecische Haar ist dünn, klein, seine Wurzel trocken, staubig, farblos; es ist besenartig aufgefasert, hat keinen Markkanal mehr, statt dessen ist es mit Luftblasen durchsetzt. Hat das Haar noch seinen normalen Umfang, wie in der zweiten Art der Alopecie, so ist es einfach abgestorben, es folgt leicht dem Zuge. Demgegenüber ist das Trichophytiehaar dicker,

es bricht leicht ab, läfst sich leicht zerdrücken. Zwischen seinen aufgefaserten Hornfasern finden sich reichlich Sporen. Ist so die Differentialdiagnose der Alopecia areata gegenüber Trichophytie und in gleicher Weise ebenfalls durch den Pilzbefund gegenüber Favus zu machen, so existieren doch noch andere Arten von Alopecien, welche viel schwerer von der eigentlichen Alopecia areata zu unterscheiden sind und wegen ihres häufigen Vorkommens von grofser praktischer Bedeutung sind. Es sind diejenigen, welche sich auf Narben oder nach anderen pathologischen Veränderungen oder nach therapeutischen Mafsnahmen vorfinden. Ist das Narbengewebe deutlich entwickelt, so bestehen natürlich keine Schwierigkeiten in der Diagnose, aber andererseits kann durch irgend einen vorhergehenden Krankheitsprozefs der Haarboden so verändert sein, dafs die neu wachsenden Haare atrophisch sind und dadurch eine echte Alopecie vorgetäuscht werden. Andererseits können wieder sehr alte hartnäckige Alopecie-Plaques wegen ihrer unmerklichen Veränderungen nicht leicht erkannt werden. Oder es können kleine derartige Plaques lange Zeit stationär bleiben, nachdem lange Jahre vorher der Krankheitsprozefs sehr floride gewesen war. Aufserdem giebt es seltene Fälle, wo die kahlen Stellen von unregelmäfsiger Begrenzung sind, wo die Haut wegen ihrer Verdünnung, leichten Depression, leichten Röte und Abschuppung, sowie durch die oberflächliche Pustelbildung um die Haare mit nachfolgendem Ausfall das Aussehen einer Narbe annimmt. Derartige Formen werden von Besnier als alopécie peladiforme pseudocicatricielle beschrieben, während sie von Behrend, Brocq u. a. wegen der entzündlichen Erscheinungen ganz von der Alopecie abgetrennt worden sind. — Was die Ätiologie anbetrifft, so bespricht B. ausführlich die Gründe, welche ihn zur Ansicht von der Kontagiosität führen, im Gegensatz von dem nervösen Ursprung der Krankheit. Die bekannten Versuche von Joseph beweisen ihm nur, dafs Haarausfall auch nach Nervenläsionen auftreten kann, aber sie sprechen absolut nicht gegen die Spezifität des zur echten idiopathischen Alopecia areata führenden Krankheitsprozesses. Die Therapie ist daher auch vollständig so, wie gegen andere ansteckende Krankheiten eingerichtet: im allgemeinen prophylaktische Mafsregeln für die Umgebung der Kranken und für den Kranken selbst, damit die noch gesunden Partien des Haarbodens nicht ergriffen werden. Zu diesem Zwecke werden, wenn möglich, alle Haare kurz geschnitten oder nur die um die Plaque, aufserdem soll um letztere eine Zone in einer Ausdehnung von 1—2 cm epiliert werden, bis man auf festsitzende Haare stöfst. Alle irritierenden Mittel sind brauchbar, besonders wird Essigsäure empfohlen, welche auch noch den Vorzug hat, die Pigmentation des frischen Nachwuchses von Haaren zu befördern (Chloralhydr. 5, Äther 25, acid. acet. crist. 1—5). Da es genügt, mit der energisch wirkenden Essigsäure alle 2 Wochen einzureiben, so eignet sich diese Behandlung gerade für Polikliniken. Nebenbei mufs natürlich der ganze Kopf genau auf neu sich entwickelnde Herde untersucht werden. — Einer eingehenden Diskussion unterziehen B. und D. die Frage über die Beziehungen der Alopecia furfuracea zur Seborrhoe, welche sie zum Teil im Sinne Unnas (vgl. Was wissen wir von der Seborrhöe? s. diese Zeitschrift 1887) beantwortet wissen wollen. Diese Alopecie, welche von ihnen als progressive Alopecie des behaarten Kopfes bezeichnet wird, ist für sie im wesentlichen eine Erkrankung des Haarapparates selbst, welche jedoch mit Beteiligung der Cutis und der Epidermis verlaufen kann. Inwieweit einfache oder entzündliche Seborrhöen oder echtes Eczema seborrhoicum als notwendige Glieder in die Reihe des Krankheitsprozesses gehören, wagen B. und D. nicht zu entscheiden. Auch in ätiologischer Beziehung sind durch die Arbeiten von Malassez und Unna die Streitfragen noch nicht als erledigt zu betrachten.

(Fortsetzung folgt.)

Traitement des maladies de la peau avec un abrègé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, von Dr. L. Brocq. (2. verbesserte und vermehrte Auflage. Paris, O. Doin, 1892.) Kaum vor Jahresfrist wurde an dieser Stelle ausführlich über die 1. Auflage referiert, und schon ist die 2. Auflage erschienen, ein durchschlagender Erfolg, wie er nur selten auch den besten Werken in einer so eng begrenzten Spezialwissenschaft zu teil wird. In meisterhafter Weise hatte es der berühmte französische Gelehrte verstanden, die schwierigsten und verworrensten Kapitel der Dermatologie, z. B. Pityriasis rubra, Lichen, Folliculitis, in klarer, übersichtlicher Form dem praktischen Arzt vor Augen zu führen; der äufsere Erfolg konnte nicht ausbleiben.

Ist die Anordnung des Stoffes im grofsen und ganzen sich gleich geblieben, so hat trotz des kurzen Zeitraumes seit seinem ersten Erscheinen das Werk doch einige zweckmäfsige Änderungen und wertvolle Zusätze erhalten.

Ganz neu sind die Kapitel: Langue und Leucoplasie, wo wir in klassischer Sprache und in scharfer Differenzialdiagnostik in dieses heikle, in Deutschland noch ziemlich brach liegende Gebiet eingeleitet werden. Auch in den Kapiteln über Parakeratosen, Aktinomykosis, Rotz, Krankheit des blauen Eiters etc. hat das Werk schätzenswerte Bereicherungen erfahren. Ob die Vulvitis aphtosa, sowie Vulvitis contagiosa und blennorrhagica der kleinen Mädchen in ein Lehrbuch über Hautkrankheiten gehören, darüber dürfte man geteilter Ansicht sein.

Einer kritischen Durchsicht unterworfen wurde besonders das Kapitel über Lichen; auch das Kapitel über Eczema seborrhoicum fand neben einem neuen mehr allgemein gehaltenen Abschnitt über Ätiologie des Ekzems eine neue Durcharbeitung. — Leider gestattet es der einem Referat zugewiesene Raum nicht, auf eine kritische Besprechung dieser Artikel einzugehen.

Trotz dieser mannigfachen Zusätze hat sich der Umfang des Buches gemindert (statt 925 Seiten zählt es 894), und zwar auf Kosten des therapeutischen Teiles. Wie Verfasser in seiner Vorrede zur 2. Auflage selbst betont, hat er in der 1. Auflage seines Werkes dem praktischen Arzte, für den das Lehrbuch vor allem bestimmt war, in therapeuticis zu viel des Guten geboten, so dafs es dem gewöhnlichen Arzte schwer war, sich aus diesem Haufen von empfohlenen Mafsregeln und Rezepten das für den einzelnen Fall zweckentsprechende herauszusuchen. Referent glaubt, es würde dem Werte des Buches keinen Eintrag thun, wenn der Verfasser in einer späteren Auflage den therapeutischen Teil noch mehr beschneiden würde und dafür seine eigene reiche praktische Erfahrung mehr in den Vordergrund stellte. — Als Ersatz dürften einige allgemein gehaltene Abschnitte über unsere Haupttherapeutika: Chrysarobin, Salicyl, Ichthyol etc. mit kurzer Angabe ihrer Wirkungsweise, ihrer Indikationen und Kontraindikationen um so mehr am Platze sein, als die dermatotherapeutischen Mittel in den gewöhnlichen Lehrbüchern der Pharmakologie meist sehr stiefmütterlich behandelt werden.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dafs die einzelnen Kapitel alphabetisch angeordnet sind. Der Verfasser hat damit auf die Eitelkeit verzichtet, die Krankheiten hübsch in Rubriken und Klassen eingeteilt uns vor Augen zu führen, ein Beginnen, das bei dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft, wo fast jeder Tag neue Gesichtspunkte in ätiologischer und histologischer Hinsicht bringt, doch nur von sehr relativem Wert und ganz von dem subjektiven Ermessen und der Stellung des Autors abhängig ist. Die Handlichkeit des Buches ist dadurch nicht wenig erhöht worden.

Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich, der Preis Frcs. 15.

Wir können dieses Werk des französischen Meisters als ein Muster klinischer

Beobachtung und scharfer kritischer Durchsichtung des Stoffes, als eine Fundgrube von praktischen Winken und neuen Ausblicken unseren Kollegen bestens empfehlen.

Vielleicht läfst sich ein sprachgewandter Kollege zu dem verdienstvollen Unternehmen bewegen, das Werk den in der französischen Sprache weniger bewanderten Ärzten durch eine Übersetzung zugänglich zu machen. *Ernst Heufs-Chur.*

A practical treatise on diseases of the skin, von Henry Piffard. (Appleton & Co., New York.) Für die Bedürfnisse des praktischen Arztes bestimmt, ist dieses Lehrbuch der Hautkrankheiten mit 50 prachtvollen Original-Photographien und 33 Textillustrationen versehen und der laufende Text unter Vermeidung aller theoretischen Auseinandersetzungen auf das für Diagnose und Therapie notwendigste Mafs beschränkt worden. Die nach Verfassers eigener Erfahrung bei künstlicher Beleuchtung aufgenommenen Photographien bieten entschieden das Beste, was auf diesem Gebiete bisher geleistet worden ist. *L. Philippson-Hamburg.*

Die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulocidin, von E. Klebs. Vorläufige Mitteilung. Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1892.) Eine ausführliche Publikation ankündend giebt K. in dieser Broschüre eine kurze Übersicht über Darstellung des von ihm aus dem Tuberkulin gewonnen Tuberkulocidin (abgekürzt: TC.) und die bisher mit diesem Mittel gewonnenen Resultate. Er geht dabei von der Voraussetzung aus, dafs nach seinem Verfahren aus dem Tuberkulin die schädlichen Stoffe entfernt, die heilsamen in reinem Zustande gewonnenen werden; und zwar soll die Ausfällung der erstgenannten durch Platinchlorid und die sogenannten Alkaloidreagentien erfolgen, während die letzteren in Lösung bleiben und durch Alkohol gewonnen werden. Während das Tuberkulin in toxischer Dosis eine mächtige Herabsetzung des Blutdrucks und eine Änderung der physikalischen Beschaffenheit der Blutkörperchen bewirke, welche letztere zur Stase und Hämorrhagie an den erkrankten Teilen führe, sei das „gereinigte" Tuberkulin, das TC., ganz frei von diesen schädlichen Nebenwirkungen. Dennoch sei das TC. keine indifferente Substanz, da es in grofsen Dosen, bis 2 ccm per die, beim kranken Menschen auch Störungen hervorrufe: Mattigkeit, Abmagerung, die sich jedoch in gewöhnlichen Fällen auszugleichen pflegen. — Die im TC. vorhandene heilsame Substanz hält K. für ein Sekret der Bacillen, während die nach seinem Verfahren ausgefällte schädigende Substanz des Tuberkulin ein Umwandlungsprodukt des Mycoprotein darstellt; da nun das TC. einen kernigen Zerfall der Bacillen bewirkt, kann dabei allerdings auch bei hoher Dosierung (0,3—0,5, 4—5 mal) durch Freiwerden des fiebererregenden Mycoprotein Fieber entstehen. Diese Fieberanfälle während des Gebrauchs des TC. sind also Zeichen einer direkten Zerstörung der Bacillen, ein Aufhören derselben bedeutet also eine endgültige Schädigung derselben. Doch gehören dazu grofse Dosen, die man ohne eine Abnahme des Körpergewichts nicht lange brauchen kann. Neben dieser direkt bacillentötenden Wirkung des TC. nimmt Kl. als möglich noch eine, wenn auch unvollständige Immunisierung durch dasselbe an, durch Einwirkung auf die gröfsten eindringenden Bacillen oder, was ihm unwahrscheinlich erscheint, durch Vermittlung des Körpergewebes. Verfasser führt dann eine Theorie neben Tuberkelbildung aus, die sich ungefähr folgendermafsen zusammenfassen läfst. Der Organismus ist in gewissem Grade befähigt, die Tuberkelbacillen zu vernichten; die dieser Vernichtung entgehenden Bazillen siedeln sich an und bilden um sich eine Art „Nest" aus „erstarrten", nicht abgestorbenen Zellen, das tuberkulöse Gewebe, einen Wall gegen die ihnen verderblichen Substanzen des Blutserums.—

Die Erfahrungen mit TC. bei Tieren sind nach dem Verfasser, wie schon

früher publiziert, sehr günstig, es erfolgt unter TC. eine vollkommene Involution des bereits hochentwickelten Tuberkels mit restitutio ad integrum der betreffenden Organe. Durch Injektion, gleichzeitig mit der Infektion, lassen sich die Folgen der letzteren hemmen (nicht vertreiben!) —

Die Ergebnisse beim Menschen sind bisher folgende: Von 75 mit TC. behandelten, an „schwerer, oder wenigstens ausgeprägter" Lungentuberlose Leidenden sind 14 = 18,6% geheilt, 45 = 60% gebessert, 14 = 18,6% ungebessert, 2 = 2,6% gestorben. — Lokale Tuberkulose ist wenig behandelt werden. — In zwei Fällen wurde mit Bestimmtheit die Anwesenheit von Gehirntuberkulose angenommen; dieselbe wurde durch TC. sehr günstig beeinflufst. Miliare Ausheilung wurde nicht beobachtet. Blutung, Kavernenbildung, hektisches Fieber bilden keine Kontraindikation. Die Behandlung war stets eine ambulatorische.

Das Mittel kann durch jeden Arzt von den Höchster Farbwerken (vormals Meister Lucius & Brüning) bezogen werden (1 ccm 6 Mark). — (Bemerkenswert ist, dafs Verfasser wiederholt die Bestätigung seiner Beobachtungen durch Koch betont. Ref.) *Jessner, Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Lehre von der Hautresorption, von Rudolf Winternitz. (*Archiv für experiment. Pathol. u. Pharmakologie*, Band XXVIII.) Verfasser prüfte an Kaninchen und Menschen experimentell die Resorptionsfähigkeit der Haut für in Chloroform Äther und Alkohol gelöste Mittel und den Einfluſs vorheriger Applikation dieser fettlösenden Substanzen auf die Aufnahme nachher applizierter wässeriger Lösungen. Betreffs der Anordnung der Versuche auf das Original verweisend, möchte ich hier die hauptsächlichsten Ergebnisse kurz wiedergeben. Bei Kaninchen fand er folgendes: Aus Chloroformlösung wird in Wasser unlösliches Strychnin mit Leichtigkeit aufgenommen; Chloroform-, Äther- und Alkohol-Applikation wirken im hohen Maſse befördernd auf nackte, auf die Haut gebrachte wässerige Lösungen von Strychnin. nitr., und zwar am meisten Chloroform, am wenigsten Alkohol. — Auch in wässeriger und öliger Lösung wird Strychnin in beschränktem Maſse resorbiert. Die Angabe Lassars, dafs von der intakten Haut ölige Substanzen in reichem Maſse aufgenommen und in den Organen abgelagert werden, konnte nicht bestätigt werden. Für den Menschen liegen die Verhältnisse weniger günstig. Wässerige und ölige Lösungen, die sonst gar nicht resorbiert werden, dringen in den Körper durch die Haut, aber nur in minimaler Menge nach vorheriger Applikation von Äther. Aus Lösungen in Chloroform, Äther und Alkohol werden Atropin und Chlorlithium nach langer Applikationszeit in geringer Menge resorbiert; alkoholische Lösungen geben die schlechtesten Resultate. — Die Verschiedenheit ist durch die dünnere Hornschicht und geraden weiten Haartasche der Kaninchen zu erklären. —

Für die Resorption ausschlaggebend ist einerseits die Quellung der Hornschicht, die aber natürlich nur durch direkte Berührung mit wässerigen Lösungen eintreten kann — dementsprechend erhöht die vorherige Applikation an das Hautfett lösenden Mitteln die nachfolgende Aufnahme wässeriger Lösungen — und andererseits durch Eindringen in Poren. Für letzteren Vorgang liegen die Verhältnisse bei flüchtigen

Mitteln günstiger. Ersterem Moment, der Benetzbarkeit der Haut, kommt die gröfsere Bedeutung zu. Reizwirkungen üben keinen Einfluſs auf die Resorption aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ueber die Verteilung der normalen Fettabsonderung auf die Haut, von X. Arnozan. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1). Um zu ermitteln, ob überall auf der Haut gleichmäſsig Fett abgesondert wird, hat Verfasser eine Eigenschaft des Kampfers benutzt. Streut man nämlich kleinste Stückchen Kampfer auf Wasser, so geraten sie in eine wirbelnde, drehende Bewegung, die aber sofort nachläſst, sowie man die Wasserfläche mit einem auch nur ganz wenig eingefetteten Stäbchen berührt. Die Kampferteilchen fliegen alsdann, wie von einer unsichtbaren Kraft gestoſsen, gegen den Rand des Gefäſses. Verfasser giebt sehr dankenswerte, bis ins einzelne gehende Vorschriften, die man genau beobachten muſs, wenn der Versuch gelingen soll.

Indem er nun ein Glasstäbchen an den verschiedensten Körperstellen verschiedenaltriger, gesunder Personen rieb, fand er, daſs bei den Erwachsenen beiderlei Geschlechts das Hautfett sich ganz ungleichmäſsig verteilt. Reichlich mit Fett versehen erwiesen sich der behaarte Kopf und das Gesicht, namentlich Nase und Kinn, ferner der Nacken, während der Vorder- und Seitenhals fettfrei waren; weiter Brust und Rücken innerhalb eines von zwei Linien begrenzten Raumes, die von den Schultern konvergierend nach einem Punkt etwas unterhalb des Schwertfortsatzes, bezw. nach einem Punkt am Rücken zogen, der diesem entsprach. Endlich fand Verfasser mit seinem Verfahren noch Fett an den Pubes. An keiner anderen Stelle der Körperoberfläche konnte er Fett nachweisen, namentlich nicht an den Handflächen. An den Achselhöhlen traf er wechselndes Verhalten, je nachdem dieselben schwitzten oder nicht.

Bei Kindern und Greisen verhält sich die Sache etwas anders. Bei einem 9monatlichen Säugling schien die Haut überall ganz fettfrei zu sein. Dasselbe stellt sich erst allmählich mit zunehmendem Alter, und zwar zuerst an der Nase, ein, bis dann mit beginnender Pubertät das oben geschilderte Verhalten Platz greift. Im Greisenalter schwindet das Fett langsam wieder, jedoch fand Verfasser solches noch auf der Nasenhaut eines 80jährigen Mannes.

Zum Schluſs macht Verfasser darauf aufmerksam, daſs sich im Gebiete der stärksten Fettabsonderung die meisten Talgdrüsen befinden. Weitere Untersuchungen über das Verhalten im Schlaf, bei Fiebernden, Hautkranken u. s. w. behält Verfasser sich vor.

Auf jeden Fall scheint durch diese Untersuchung die unter anderen auch schon von Unna behandelte Frage nach dem Ursprung des Hautfetts ihrer Lösung wieder um einen Schritt näher gebracht zu sein. *Türkheim-Hamburg.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Dermatol, von Dr. Stierlin. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte*, No. 7, 1892.) Verfasser hat das Dermatol bei mehreren Hunderten von Wundverbänden angewendet und gefunden, daſs es in zahlreichen Fällen bezüglich des glatten Wundverlaufes dem Jodoform an die Seite gestellt werden darf. So bei Wunden nach Exstirpation von Unguis incarnatus, genähten Kopfwunden, Sehnennähten, ferner bei Verbrennungen zweiten Grades mit Blasenbildung, bei stark nässenden medikamentösen Ekzemen, Intertrigo etc. etc. Vor Jodoform zeichnet es sich durch seine Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit, ferner durch den Umstand aus, daſs es die Haut

nicht irritiert, im Gegenteile die durch das Jodoform provozierten Exantheme rasch abheilt. Von der Dermatolbehandlung müssen ausgeschlossen werden alle infektiös-eiterigen Wunden, da das Dermatol mit den Sekreten derselben feste, dichte Schorfe bilden, welche zur Eiterretention führen. Die antiseptische Kraft des Dermatols ist gering und dessen Wirksamkeit wahrscheinlich seiner austrocknenden Eigenschaft zuzuschreiben, durch welche ein den Mikroorganismen ungünstiger Nährboden geschaffen wird. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über das Kalium-Dithiokarbonat in der dermatologischen Therapie, von Tommasoli und Vigini. (*Rassegna di Science Mediche*, 1891/92.) Das neue Präparat, ein Salz der Dithiokarbonsäure (= K_2COS_2, dargestellt durch Einwirkenlassen des CS_2 auf Kalilauge bei Siedehitze) ist ein krystallinisches, rot-orangefarbiges Pulver, sehr gut löslich in Wasser, wenig in Alkohol, in der Luft zerfliefsend. Bei Zusatz verdünnter Säuren schlägt sich unter heftigem Aufbrausen Schwefel nieder und entwickelt sich H_2S, CO_2 und COS. Sich der Ansicht Unnas anschliefsend, dafs die Schwefelpräparate nicht an sich wirksam sind, sondern erst durch Freiwerden des sich entwickelnden H_2S, ferner, dafs diese Präparate neben antiparasitären auch keratoplastische und anämisierende Eigenschaften aufweisen, haben die Verfasser das neue Mittel in 52 Fällen, meist in Salbenform, dann auch in wässerigen Lösungen zu Pinselungen angewendet. Die Dosen variierten von 1—33%. Koncentrationen bis 5% wurden durchweg ganz gut ertragen. Stärkere Dosen (10% und mehr) waren zuweilen mit Brennen, vermehrter Sekretion der Talgdrüsen (bis zu eigentlicher Seborrhoe) verbunden. Wurde die Dosis noch verstärkt (20% mehr), so zeigten sich öfters, besonders bei Kindern, noch heftigere Erscheinungen: starke Rötung und Sekretion, Pustelbildung, Lymphdrüseneiterung.

Den eklatantesten Erfolg haben die Verfasser bei einem Falle von pustulo-krustösem Ekzem gesehen, der in kürzester Zeit abheilte (10%ige Salbe).

Bei Psoriasis war der Erfolg auch gut, das Mittel (20%) wurde zum Teile besser vertragen als Chrysarobin.

Ebenfalls sehr günstig wirkte es bei tuberkulösen Affektionen (Lupus und Skrophuloderma.)

Günstiger als irgend ein anderes Präparat wirkte es bei Sycosis. Gar keine Wirkung sahen die Verfasser bei purulenten venerischen Affektionen.

Von 23 Fällen von Trichophytie sahen sie 16 Heilungen, von 7 Fällen von Favus hingegen keinen einzigen, was sie aus dem Umstande erklären, dafs das Trichophyton tonsurans ein aërober Pilz, das Achorion Schönleini dagegen ein anaërober ist (Vidal und Marfan).

Die Verfasser versprechen dem Präparate eine erfolgreiche Zukunft, indem die Ursachen der mitgeteilten Mifserfolge noch näher untersucht werden müssen, eventuell beseitigt werden können. Weitere Experimente werden definitive Aufschlüsse liefern über Dosis und Applikationsweise. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Psoriasis. Acne rosacea. Epithelioma. Tinea favosa. Sycosis. Hyperidrosis. (Ein klinischer Vortrag von L. A. Duhring. *Med. News.* 5. III. 1891.) Bei den beiden Psoriasiskranken kam zum Teil eine Chrysarobinsalbe, zum Teil auf den entzündeten Stellen eine Zinksalicylsalbe (Acid. salicylic. 0,75, Zinc. oxyd. 5,50, Vaselin. 28,5) oder ein Waschwasser, von Acid. boric. mit Zinc. sulphuric. in Spirit. vini und Aq. dest. gelöst, in Anwendung. Gegen Acne rosacea verschreibt D. Schwefelsalbe (28,0) mit Resorcin (2,0) und Acid. salicylic. (1,0) oder auch R. Sulph. praecip. 4,0 Äther. 22,0 Aq. Colon. 15,0. Alcohol ad 100,0. Von den anderen Affektionen wurden auch Fälle vorgestellt und die einzuschlagende Behandlung beschrieben. *Philippi-Nieheim.*

Behandlung der Kopfhautwunden ohne Naht, von Delassus, (*Journ. d. scienc. méd. de Lille.* No. 40. 1891.) Nachdem die Wunde gereinigt und die Haare an den Wundrändern entfernt sind, wird ein schmaler und dünner Wattestreifen auf die Wunde gelegt, auf diesen wieder kommt ein langer Faden in der Wundrichtung zu liegen. Dann werden auf jeder Seite der Wunde die Haare zu einem Büschel zusammengedreht und die Haarbüschel der beiden Seiten so gekreuzt, dafs dadurch die beiden Wundränder aufeinandergerückt werden. Ist dies gelungen, so werden die beiden gekreuzten Haarbüschel mit dem auf dem Wattestreifen liegenden Faden fest zusammengebunden. Reicht eine derartige Befestigung wegen der Länge der Wunde nicht aus, so kann man deren so viele anbringen, als nötig sind.

P. Taenzer-Bremen.

Rezeptformeln:

(*Journ. des mal. cut. et. syph.* 1892. S. 94.)

Salbe gegen **ulcerierte Frostbeulen.**

Acid. carbol.	1,0
Ungt. plumb.	
Lanolin.	aa 20,0
Ol. amygd. d.	10,0
Spirit. lavand. gtt. XX.	

Diese Salbe wird täglich 2—3 mal auf die erkrankten Teile aufgelegt.

(Brocq.)

Gegen **Eccema seborrhoicum** und **Eccema rubrum.**

Resorcin.	1,0—2,0
Ol. amygd. dulc.	
Ol. Oliv.	aa 12,0
oder	
Sulf. depur.	1,0
Zinc. oxyd.	2,0
Vaselin.	20,0
Mf. ungt. Zum Einreiben.	

(E. Besnier.)

Türkheim-Hamburg.

Traumatische Entzündungen.

Zur Therapie der Verbrennungen, von R. Demme. (*28. med. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderhospitals in Bern.*) Verfasser beobachtete, dafs, abweichend von den gewöhnlichen klinischen Lehrsätzen, zuweilen ganz beschränkte Verbrennungen selbst nur an Fingern oder Zehen doch zu schweren Folgeerscheinungen führten (Erbrechen, Bewufstlosigkeit, Konvulsionen), die bei einem 3 Jahre alten Knaben Hämoglobinurie mit tödlichem Ausgang bewirkten, während andererseits Verbrennungen, die mehr als $^2/_3$ des Körpers betreffen, einen guten Ausgang nehmen, wie er an einem Falle erhärtet. — Therapeutisch hat die dichte Bedeckung der verbrannten Teile mit Jodoform oder Aristolgaze, nachfolgende Watteeinwickelung und Kompression gute Dienste geleistet; die Sekretion wird beschränkt, der Verbandwechsel daher seltener nöthig. Bei stark wuchernden Granulationen wirkt das Aufstreuen von Alumen ustum und darüber ein Wattekompressionsverband sehr günstig. Sozojodolpräparate bewährten sich nicht, Salol dagegen ganz gut. Bei zwei Fällen mit zögernder Heilung, schlaffen, blassen, gelblich gefärbten, trocknen Granulationen

wandte D. im ganzen 5 subkutane Injektionen von Natrium cantharidinicum (0,025 mm) mit deutlichem günstigen Erfolge an. Albuminurie trat nicht ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Akute Exantheme.

Komplikationen der Varicellen, Varicellae gangraenosae, von R. Demme. (*28. med. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals in Bern.*) In dem wie immer an interessanten Mitteilungen reichen Jahresbericht berichtet der verdienstvolle Leiter des Jennerschen Kinderspitals über mehrere seltene Erscheinungen bei den sonst im allgemeinen gutartigen Varicellen. Während die Dauer des Prodromalstadiums gewöhnlich auf 13—14 Tage angenommen wird, fand er dasselbe in einem Falle nur 3 Tage, in einem anderen dagegen 3 Wochen dauernd. Dasselbe ging in 2 Fällen mit schweren Erscheinungen einher: in einem, $2^1/_2$ Jahre alter Knabe, 3 Tage lang hohe Temperaturen, Somnolenz, Brechneigung, ein eklampsischer Anfall, in dem anderen 18 Stunden vor Ausbruch des Exanthems blutige Durchfälle und Erbrechen. Die Dauer wurde in 2 Fällen durch mit allgemeinem Erythem (Rash) und Temperatursteigung einhergehende Nachschübe verlängert; dem Ausbruch des Exanthems folgte stets ein Anfall des Fiebers, oft mit subnormalen Werten. Bei beiden Fällen folgte später eine Nephritis varicellosa mit günstigem Ausgange. Von grofsem Interesse sind die beiden mitgeteilten Fälle von ausgebreiteter Gangraeneszenz der Varicellen, wie solche von Biedert unter Berufung auf englische Autoren schon erwähnt sind. Fall I: $2^3/_4$ Jahre alter Knabe erkrankt den 3. 2. mit hohem Fieber, welches nicht nachläfst bei dem 24 Stunden später erfolgenden Ausbruch des Exanthems. Den 5. 2. beginnt die Gangraeneszenz, die zur Bildung grofser Blasen, Blofslegung des Corium, brandige Zerstörung und Entstehung grofser Substanzverluste führt. Den 9. 2. exitus letalis. Fall II: $2^1/_2$ Jahre altes, durch Pertussis, katarrhalische Pneumonie und Masern sehr herabgekommenes Kind. 2. 3. Varicellen ohne Prodrome, den 3. 3. hinter dem Ohr, später am übrigen Körper Gangraen, die hinter dem Ohr wie Noma zur Blofslegung von Gefäfsen und Nerven führt. Leukocythose. Hämoglobingehalt 45 %. Unter Anwendung von Tinct. Jod., Jodoform, modifizierter Lugolscher Lösung tritt Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen ein. 15. 3. fieberlos, 23. 3. von der Gangraen geheilt. Genesung. D. schreibt diesen Ausgang der energischen Jodanwendung zu. — An diese Fälle schliefst sich noch ein Fall von vereiterten Varicellen bei einem 8 Monate alten Kind mit Ausgang in Genesung, und ein anderer mit Bildung von tuberkulösen Geschwüren an Stelle der Bläschen, der auch glücklich verlief. Die tuberkulöse Infektion war durch die tuberkulöse Mutter bewirkt.

Wenn manche Autoren die Varicellen mit der Variola in Verbindung bringen, so betont D., dafs die Impfung bei Kindern nach Varicellen stets Erfolg hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Übertragung der Variola durch die Luft, von Collin-Gridge. (*Lancet.* 21. Sept. 1892.) Ein Schiff ankerte während heftigen Windes circa $^1/_4$ Stunde von einer kleinen Insel entfernt, auf der sich ein Variolahospital mit 6 Kranken befand. Als nach 12 Tagen das Schiff seine Reise fortsetzte, erkrankte ein Mann der Besatzung an den Blattern und innerhalb der nächsten 14 Tage weitere 6, von denen 4 starben.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beitrag zum Studium der Variola haemorrhagica, von Dr. Spehl. (*Annal. de Médecine et de Chirurgie,* III., 1891). Während einer sehr milde verlaufenen Variolaepidemie in Brüssel hatte S. Gelegenheit, 2 Formen der schweren Variolaanomalien (Kaposi) zu beobachten, von denen die eine sich auszeichnet durch vollständiges Fehlen des charakteristischen Variolaexanthems, dagegen durch Auftreten

von Petechien und Ecchymosen (Purpura variolosa), die andere durch Auftreten ziemlich spärlicher hämorrhagischer Variolapapeln und -Pusteln neben einer ausgedehnten Purpura (Variola haemorrhoica cum purpura). Die Patienten (47 und 36 Jahre alt) waren seit ihrer Kindheit nicht mehr geimpft worden. Bei der einen war ein akuter Gelenkrheumatismus unmittelbar vorangegangen. Beide Fälle verliefen letal innerhalb 4—5 Tagen. Bei der Autopsie zeigten sich ausgedehnte intradermale und subkutane Blutextravasate, Blutungen in inneren Organen, fettige Degeneration von Leber und Nieren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Comittee.* No. 3.

Voyages chez les Lepreux, von Dr. Zambaco Pacha. (Paris 1891. G. Masson.)

Dr. Zambaco Pascha, der viele Jahre hindurch in Konstantinopel Lepra sorgfältig studiert hat und an die hereditäre Übertragung der Krankheit glaubt, hat einen Bericht über seine Reisen durch verschiedene Lepraländer, namentlich diejenigen des ottomanischen Reiches, geschrieben, welcher viele interessante Thatsachen enthält. Er warnt entschieden gegen vorzeitige Schlüsse betreffs der Theorie vom Kontagium und protestiert gegen übertriebene und inhumane Maßsregeln, welche in eine Verfolgung der unglücklichen Leprakranken ausarten können, wie denn auch dieselben in manchen Ländern schon wie Parias behandelt werden. Verf. findet es unlogisch, diese Kranken zu isolieren, während andere entschieden in höherem Grade kontagiöse Leiden ohne alle Einschränkung verbreitet werden dürfen; zugleich billigt er es aber nicht, daß in Konstantinopel den Leprakranken gestattet wird, sich frei unter den Gesunden zu bewegen, Ehen einzugehen und Nachkommen zu erzeugen. Die Civilisation und die Humanität legen dem Staate die Pflicht auf, für die notleidenden Kranken, welcher Art auch immer ihr Leiden sei, zu sorgen, und es sollten Hospitäler und geeignete Heimstätten eingerichtet werden. Er schätzt annähernd die Zahl der Leprösen in der Türkei auf 4000 und die in Griechenland auf 400.

Lepra in Ägypten: Die meisten alten Autoren scheinen das Nilland für die Wiege der Lepra zu halten. Es war darum überraschend, von den Einwohnern und Ärzten in Alexandrien und Kairo zu hören, daß in diesen Städten sich keine Lepra finde. Da Dr. Zambaco Pascha dies bezweifelte, so stellten auf seinen Wunsch hin Dres. Valassopoulo und Alphanderi Nachforschungen an und konstatierten, daß die Krankheit in Ägypten keineswegs ungewöhnlich ist. Dieselbe war mit Syphilis und anderen Krankheiten verwechselt worden. Wenn, wie Verf. hervorhebt, diese Nachforschungen nun nicht angestellt worden wären, und vorausgesetzt, ein leprös Chinese wäre in Port Said gelandet, und man hätte nach einiger Zeit das Vorhandensein der Krankheit bei den Einheimischen erkannt, so hätte man ganz leicht dieselbe für importiert halten können, und es wäre möglicherweise die Ausbreitung derselben als eine Folge hochgradiger Kontagiosität angesehen worden! Man darf vermuten, daß sich die Sache auf den Sandwichs-Inseln ähnlich verhalte. Dr. Alphanderi hat unter den Arabern und Juden Leprakranke gesehen, die ohne besondere Vorsichtsmaßregeln lebten und von denen eine nachweisliche Übertragung auf andere nicht zu konstatieren war. Dr. Valassopoulo beobachtete die Krankheit häufig unter den Einheimischen und bei den Kranken im Griechischen Hospital in Alexandrien. Er citiert einen Fall, welcher, wie er meint, auf eine Kontagiumwirkung hindeuten dürfte: ein junger Mann aus Sparta von griechischer Familie kam hierher und erkrankte an Lepra, worauf festgestellt wurde, daß ein einheimischer Angestellter krank war. Dr. Zambaco

dagegen zweifelt, ob wohl nicht die Krankheit schon bei der griechischen Familie bestanden haben mag.

Lepra auf Neu-Kaledonien.

Dr. M. A. Legrand hat kürzlich in den *Archives de Médecine Navale* einen wichtigen Beitrag über diese Frage geliefert. Derselbe ist nebst einer Einleitung von Professor Leloir im *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques* vom April 1891 veröffentlicht worden. M. Leloir spricht sich dahin aus, dafs durch M. Legrands gediegene Arbeit die Thatsache, das Lepra eine kontagiöse Krankheit ist, schlagend erwiesen sei, und dafs die in der Kolonie ergriffenen Mafsregeln der prophylaktischen Isolierung die besten Resultate haben werden. Jedenfalls wird das Experiment von allen, die sich dafür interessieren, eifrig beobachtet werden.

M. Legrand behauptet mit aller Bestimmtheit, dafs die Krankheit auf Neu-Kaledonien vor der Ankunft der Franzosen im Jahre 1854 gänzlich unbekannt war, und dafs erst im Oktober 1880 in Noumea die erste offizielle Erwähnung des Wortes „Lepra" erfolgte.

In jenem Jahre hat der Obersanitätsbeamte Dr. Vauvray fünf Leute von den Neu-Hebriden in ihre Heimat zurückgeschickt, indem er gleichzeitig den Direktor des Innern ersuchte, Mafsregeln zu ergreifen, um die Einwanderung von Leprakranken nach Neu-Kaledonien zu verhindern. Jene fünf Kranke hatten lepröse Verstümmelungen der Finger und Zehen erlitten. Ferner berichtete im September 1883 Dr. Brassac über die Anwesenheit einer Anzahl von Leprakranken im Norden der Insel und empfahl, ein Asyl für dieselben einzurichten; in den Jahren 1883—1888 war es allgemein bekannt, dafs die Krankheit existierte, aber man schien sich nicht darum zu kümmern, und es wurden keine Mafsregeln zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Krankheit ergriffen. Indessen wurde es bald klar, dafs dieselbe entsetzliche Fortschritte machte, und im August 1888 konnte man die Fälle bereits nach Hunderten zählen. Aus Furcht, die Bevölkerung in Alarm zu versetzen, zögerte zuerst der Gesundheitsrat die Aufmerksamkeit auf diese Gefahr hinzulenken; aber im Jahre 1889 entschlofs sich die Regierung, trotz aller Schwierigkeiten und trotz vermehrter Ausgaben in der Angelegenheit mit Energie vorzugehen. Es wurden zwei Centralstellen für die Isolierung etabliert, die eine auf dem Pic-des-morts, wo 40 Leprakranke aufgenommen wurden, und die andere auf dem Ile aux Chèvres, wohin 20 geschickt wurden. Ein drittes Asyl ist am Cap Bocage nicht weit von Honaïlon eingerichtet.

Als im Jahre 1883 die Thatsache bekannt wurde, dafs Lepra im Norden der Insel existierte, stellte Dr. Rebuffat Untersuchungen darüber an und fand, dafs die Einheimischen der Meinung waren, es sei die Krankheit durch einen Chinesen eingeführt worden, der im Jahre 1866 oder 1867 eingewandert war und bei einem Stamm des linken Ufers des Flusses La Tendée gewohnt hatte. Sein Körper war mit scheufslichen Geschwüren bedeckt, und die Missionare berichten, dafs etwa 10 Jahre später einige analoge Fälle zu beobachten waren. Ein anderer Fall betraf einen Eingeborenen aus Canala auf der Ostküste, der, nachdem er 1867 gereist war, mit den Symptomen der Lepra in sein Heimatsdorf zurückkehrte und an denselben einige Jahre später starb. Aus diesen Thatsachen geht hervor, dafs allerdings vor 24 Jahren einige Fälle existierten, aber es ist nicht zu bezweifeln, dafs die Krankheit erst nach dem Jahre 1854 eigentlich eingeführt worden ist — mittelbar vielleicht durch die Europäer, indem diese zwischen der Kolonie und anderen Lepragegenden den Verkehr vermittelten.

Nach der Schilderung von M. Legrand ist die Lepra auf Neu-Kaledonien hauptsächlich vom dermalen oder tuberösen Typus; die reine, anästhesierende Form ist

aufserordentlich selten. Er beschreibt 41 Fälle als Beispiele verschiedener klinischer und ätiologischer Momente. Die Mehrzahl derselben war verhältnismäfsig nur kurze Zeit erkrankt gewesen; nur bei dreien hatte die Krankheit 10 Jahre bestanden. Von diesen Fällen betreffen fünf europäische Verbrecher, welche mit den Eingeborenen ohne Einschränkung verkehrt hatten.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

c. *Syphilis.*

Einige Daten zur Hämatologie der an Lues hereditaria und Rachitis leidenden Säuglinge, von Dr. E. SCHIFF. Verfasser untersuchte das Blut von 7 an Lues hereditaria leidenden Säuglingen und fand, dafs nach Aufhören der Syphilide eine Anämie in Form einer Oligocythämie und Oligochromämie auftritt. Auch der Hämoglobingehalt des Blutes ist verändert, nämlich es ist gröfser am Anfange bei kleiner Oligocythämie, als später, wenn selbe schon ausgesprochener auftritt, wo dann auch die einzelnen roten Blutkörperchen blasser werden, also eine wahre Oligochromämie entsteht.

Als Grund dieser Veränderungen glaubt SCH. den Einfluſs der Quecksilberpräparate ausschlieſsen zu können (LEZIUS), sondern hält ihr Auftreten als von Syphilis abhängend und stellt als Regel auf, dafs bei Lues hereditaria eine gewisse Zeit nach den luetischen Symptomen Oligocythämie und Oligochromämie entsteht (Gyógyàszat 1891. No. 49. *Heisler-Budapest.*

Syphilis auf nichtvenerischer Basis, von H. A. ROBBINS. (*Med. News.* 5. III. 1892.) Die Übertragung der Syphilis auf andere Weise als durch den geschlechtlichen Verkehr ist eine oft beobachtete Thatsache. In diesem klinischen Vortrag schildert Verfasser eine Reihe äufserst instruktiver Fälle aus seiner Praxis und aus der Litteratur. Namentlich wird auf die Verbreitung des Leidens durch Cigarren, bei deren Herstellung Zähne und Speichel des Arbeiters in ausgedehnte Verwendung kommen, ferner auf die Gefahren, denen speziell die Ärzte ausgesetzt sind, hingewiesen. Dafs extragenitale Schanker in der Regel viel ernstere Sekundärerscheinungen bedingen, erklärt sich aus der oft nur allzugroſsen Verzögerung in der richtigen Erkenntnis des Sachverhalts. *Philippi-Nieheim.*

Über den seltenen Fall eines **harten Schankers im rechten oberen Augenlid** eines Mannes, der zugleich Träger eines Schankers auf seinem Penis war, berichtet MAZET in den *Annales de la Policlinique de Bordeaux* (1892. S. 85). Die Heilung erfolgte bei geeigneter Behandlung ohne weiteren Nachteil. Über das Zustandekommen des Schankers an diesem ungewohnten Ort fehlt jede Angabe.

Türkheim-Hamburg.

Über den Nutzen der Exzision des Schankers, von ALEX. RENAULT. (*Annales de Dermatol. et de Syphiligr.* 1862. S. 10.)

Die Abortivbehandlung der Syphilis. Warum wird durch frühzeitige Zerstörung oder Entfernung des Schankers der Ausbruch der Syphilis nicht verhindert? von R. W. TAYLOR. (*Journal des mal. cut. et syph.* 1892. S. 1.)

Beide Forscher suchen die Frage nach der Abortivbehandlung der Syphilis zu lösen, und obschon sie von verschiedenen Wegen an diese Lösung herantreten, so gelangen sie doch beide zu dem nämlichen Ergebnis: dafs wir mit der Entfernung der Initialsklerose nichts erreichen.

RENAULT geht bei seiner Untersuchung von klinischen Thatsachen aus und unterzieht die Behauptungen und Beobachtungen von JULLIEN, DERVILLE und EDWARD EHLERS, den Anhängern der Lehre von der Abortivbehandlung, einer ebenso sachlichen

wie strengen Kritik. Dieser Kritik scheinen die neuen, von JULLIEN und DERVILLE mitgeteilten Fälle nicht stand zu halten. Mit Recht fordert RENAULT den Nachweis von der syphilitischen Erkrankung der ansteckenden Person. Dieser Nachweis wird nur in einem von JULLIEN berichteten Fall gebracht; in diesem Fall aber blieb die Ausschneidung des Schankers, trotzdem sie 8 Tage nach dem ersten Auftreten des Geschwürs vorgenommen wurde, als noch keine Spur von Leistendrüsen-Schwellung vorhanden war, erfolglos, denn acht Wochen nach dem ersten Auftreten des Schankers erschienen Papeln der Haut und Schleimhäute. Die übrigen, angeblich erfolgreichen Operationen sind daher nicht beweisend. Ebensowenig ist die von EDWARD EHLERS beigebrachte Statistik überzeugend, die auf 584 Fälle 137 Heilungen rechnet. Denn einesteils stammen diese Fälle von Ärzten, die zwischen hartem und weichem Schanker keinen Unterschied machen. Andernteils werden in der Statistik Fälle mit nur 2—10tägiger Inkubation angeführt, während doch nach FOURNIER die geringste Inkubationsdauer beim Schanker 13 Tage beträgt. Einzelne Fälle sind zudem nicht genügend lang beobachtet, um ein endgültiges Urteil zu gestatten, und schliefslich haben es doch manche Ärzte für nötig befunden, auf die Entfernung des Schankers noch eine Hg.-Behandlung folgen zu lassen, so dafs hier ein bestimmtes Urteil über die Wirkung des Eingriffs zur reinen Unmöglichkeit wird.

Der Schluſs, zu dem RENAULT kommt, lautet demnach, daſs die Zerstörung oder Abtragung des Schankers mindestens nutzlos sei. Aber auch schädlich sei sie, da sie den Kranken in trügerische Sicherheit wiege und ihn gar zu leicht die oft geringen Anzeichen des sekundären Stadiums übersehen lasse.

Diese RENAULTsche Ansicht erhält ihre pathologisch-anatomische Bestätigung durch die zweite eingangs erwähnte Arbeit von R. W. TAYLOR. Dieser hat in zwei Fällen eine sehr frühzeitige und ausgiebige Abtragung der verdächtigen Geschwüre vorgenommen, ohne aber damit den Ausbruch der Syphilis zu verhindern. Die beiden abgetragenen Stücke wurden von Dr. VAN GIESON mikroskopisch untersucht, und das Ergebnis dieser Untersuchung bildet den wesentlichen Inhalt der vorliegenden Abhandlung. Danach sind selbst bei einem nur wenige Tage alten Schanker die kleinen Haut- und Bindegewebsgefäſse, auch in weiter Entfernung vom Geschwür, bereits von einem dichten Mantel (manchon) kleiner Rundzellen umgeben, während ihre Endothelzellen geschwollen sind und zu proliferieren scheinen. Das syphilitische Gift scheint also sehr schnell die perivaskulären Lymphräume zu gewinnen und in diesen eine Zellwucherung rings um die Gefäſse zu erzeugen. Auf diesem Wege durchdringt es dann rasch den ganzen Körper. Auf jeden Fall scheint dasselbe schon in den ersten Tagen nach Auftreten des Schankers bis zur Wurzel des Gliedes gelangt zu sein, so daſs selbst die Amputation des ganzen Penis zu spät kommen würde.

TAYLOR nimmt auch Bezug auf eine Arbeit von KULNEFF (St. Petersburg, 1889) über die sogenannte Corda lymphatica beim Schanker des Penis, die man irrtümlicherweise für einen Lymphstrang hielt, die aber nach dem genannten Forscher entzündete Venen darstellen und sich mikroskopisch ungefähr ebenso verhalten wie die kleinen Gefäſse in den TAYLORschen Präparaten.

Es ist auch wahrscheinlich, meint T. zum Schluſs, daſs die Ansammlung von Zellen um immer fernerliegende Gefäſse sich so lange wiederholt, bis der ganze Körper durchsucht ist und die ersten sekundären Symptome sich einstellen.

Türkheim-Hamburg.

Lokale Infektionskrankheiten

a. *der Oberhaut.*

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa recurrens, von D. Tait. (*Occid. med. Times.* März, 1892.) Bei einem 38jährigen Bergarbeiter stellte sich zuerst vor 5 Jahren, seitdem alljährlich im Herbst eine intensive Entzündung und Abschuppung der gesamten Haut ein. T. hat den Kranken bei seiner letzten Attacke zu beobachten Gelegenheit gehabt und schildert den Fall als periodische exfoliierende Dermatitis.

Philippi-Niehein.

Zur Ätiologie des Ekzema, von Brocq. (Referiert aus *Semaine médicale.* 1891. No. 58 in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 84.) Unter Ekzema versteht Verfasser Dermatosen, die anscheinend von selbst oder im Anschluſs an einen geringfügigen Reiz entstehen und mit Röte, Infiltration, Vesikelbildung, seröser Ausscheidung und Epidermisabschuppung einhergehen. Bis jetzt wird noch viel zu viel als Ekzem bezeichnet, was vielleicht gar nicht dahingehört. Das Ekzem beruht zum Teil auf ererbter oder erworbener Anlage, auf vasomotorischen Störungen, auf nervösen Einflüssen, auf Intoxikationen durch reizende Stoffe und Toxine; zum Teil auf rein örtlichen Störungen. In den meisten Fällen handelt es sich wahrscheinlich um verschiedenartige Einwirkungen. Die Unnasche Annahme eines Eczema parasitarium findet bei Brocq vielen Beifall. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Über die mechanische Behandlung des Erysipels, von Dr. H. Kroell. (*Therap. Monatsh.* No. 2. 1892.) Es beruht die Möglichkeit einer mechanischen Erysipeltherapie auf dessen flächenhafter Ausbreitung auf der Haut und der Möglichkeit, den natürlichen Vorgang des Aufgehaltenwerdens der Ausbreitung durch dichtere Faserlagen mittelst äuſserer mechanischer Mittel nachahmen, gleichsam zu den vorhandenen eine neue Faserschicht hinzulegen zu können. Zu dem Zweck verwendet Verf. breite, in sich geschlossene Kautschukstreifen, welche der Ausbreitung des Streptococcus bedeutendere Hindernisse entgegenstellen, als es die im Bau des Derma selbst liegendenden Momente, d. h. die Faserkreuzungen, zu thun imstande sind. Dabei müssen 2 Momente berücksichtigt werden: 1. daſs die Kautschukstreifen so fest angelegt werden, daſs das Vordringen des Erysipels verhütet wird, und 2. muſs die Cirkulation in dem abgeschnürten Teil gut erhalten werden. Das Band muſs nach den Erfahrungen des Verf. 3 cm breit und 2 mm dick sein und muſs 14—18 cm geringeren Umfang haben, als der Kopfumfang des Patienten ist. Beim Umlegen des Bandes bei Gesichtserysipel hat man so zu verfahren, daſs zuerst die Haare nach dem Scheitel hinaufgekämmt werden, daſs beim Zusammenhange des Backenbartes mit dem Kopfhaar eine etwas mehr als 3 cm breite Stelle beiderseits ausrasiert wird und daſs dann das Band mit dem Stützpunkt im Nacken dicht über dem am weitesten vorgeschrittenen Erysipelwall durchgeführt wird. Dies soll womöglich schon gerade über der Nasenwurzel geschehen, wenn der stark aufgeworfene Erysipelrand das Fortschreiten nach der Stirn wahrscheinlich macht; hat dieser aber schon die oberen Partien der Stirn erreicht, so muſs das Band wenigstens noch diesseits der Haargrenze in seiner ganzen Breite der Haut aufliegen. So würde nun das Band, vom Nacken ausgehend, dicht über der Ansatzstelle der Ohren bis über die noch gesunden Teile der Stirnhaut weglaufen. Über dem Ohr darf es nicht zu fest aufsitzen, da sonst ein unangenehmer Druck entsteht. Die Ausbreitung des Erysipels soll auf diese Weise verhütet werden. Das Band wird erst mehrere Tage nach Aufhören des Fiebers abgenommen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Erysipelas faciei als Komplikation von Typhus abdominalis, von D. N. Eisendrath. (*Med. News.* 20. Febr. 1892.) Erysipel ist eine ziemlich seltene, aber meistens sehr bedrohliche Komplikation des Abdominaltyphus. Verfasser berichtet über vier Fälle. Dieselben endeten alle letal. Entstanden mögen dieselben, zum Teil wenigstens, durch die Neigung der Kranken, unablässig an der Nase zu kratzen, eine Folge der sich einstellenden Epistaxis. Bakteriologische Untersuchungen wurden nicht ausgeführt. *Philippi-Nieheim.*

Erysipel des Pharynx und Larynx, von F. de Havilland Hall. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1892.) Ausführliche Schilderung eines einschlägigen Falles bei einem 21jährigen Fuhrmann mit Ausgang in Genesung, sowie kürzere Mitteilung über drei andere Fälle, welche tödlich verliefen. Aufserdem hat Verfasser noch zwei Fälle mit glücklichem Ausgang beschrieben. Therapeutisch ist das Pinseln der ergriffenen Teile mit einer 20% Kokainlösung am meisten zu empfehlen; aufserdem Eisumschläge, Skarifikationen und interne Darreichung von Eisen oder Bromkalium. Die Tracheotomie empfiehlt Verfasser auch bei hoffnungslosen Fällen, weil dieselbe wenigstens Euthanasie bewirkt. Es wird noch auf den eigentümlichen Umstand, dafs das Erysipel des Gesichts selten oder nie über die Lippen auf die Mundschleimhaut geht und vice versa, aufmerksam gemacht, und die Ätiologie des Larynx- und Pharynxerysipels kurz besprochen. *Philippi-Nieheim.*

Pharyngo-Mykosis, von H. B. Hemenway. (*Med. News.* 9. Jan. 1892.) Mykosen des Pharynx werden nur relativ selten konstatiert, doch mag dies zum Teil darauf beruhen, dafs dieselben mit anderen Affektionen, follikulärer Pharyngitis und anderen verwechselt werden. Es handelt sich hierbei um die Ansiedelung und Einwirkung verschiedener Pilze auf die Schleimhaut, namentlich des Oidium albicans, der Sarcina, des Aspergillus fumigatus, Actinomyces, Leptothrix buccalis und Bacillus fasciculatus. Des Verfassers Beobachtungen erstrecken sich hauptsächlich auf letztere beiden Arten. Die Fädchen sind bei 600facher Vergröfserung auch in ungefärbtem Zustand leicht zu erkennen, treten aber bei Anwendung von Methylenblau, Fuchsin oder Jodkaliumlösung deutlicher hervor. Makroskopisch äufsert sich die Affektion als eine äufserst chronische, öfters rezidivierende Entwickelung von weifslichen oder gelblichen Herden auf der Rachen- und Tonsillenschleimhaut. Als ätiologische Momente werden Verhinderung der Nasenatmung, katarrhalische Entzündung, Hypertrophie der Tonsillen, feuchte, ungesunde Wohnungen, Zahnkaries, Hautkrankheiten u. a. m. angeführt. In therapeutischer Beziehung giebt nur die Zerstörung des hypertrophischen Gewebes der Pilzherde mittelst des Galvanokauters günstige Resultate. *Philippi-Nieheim.*

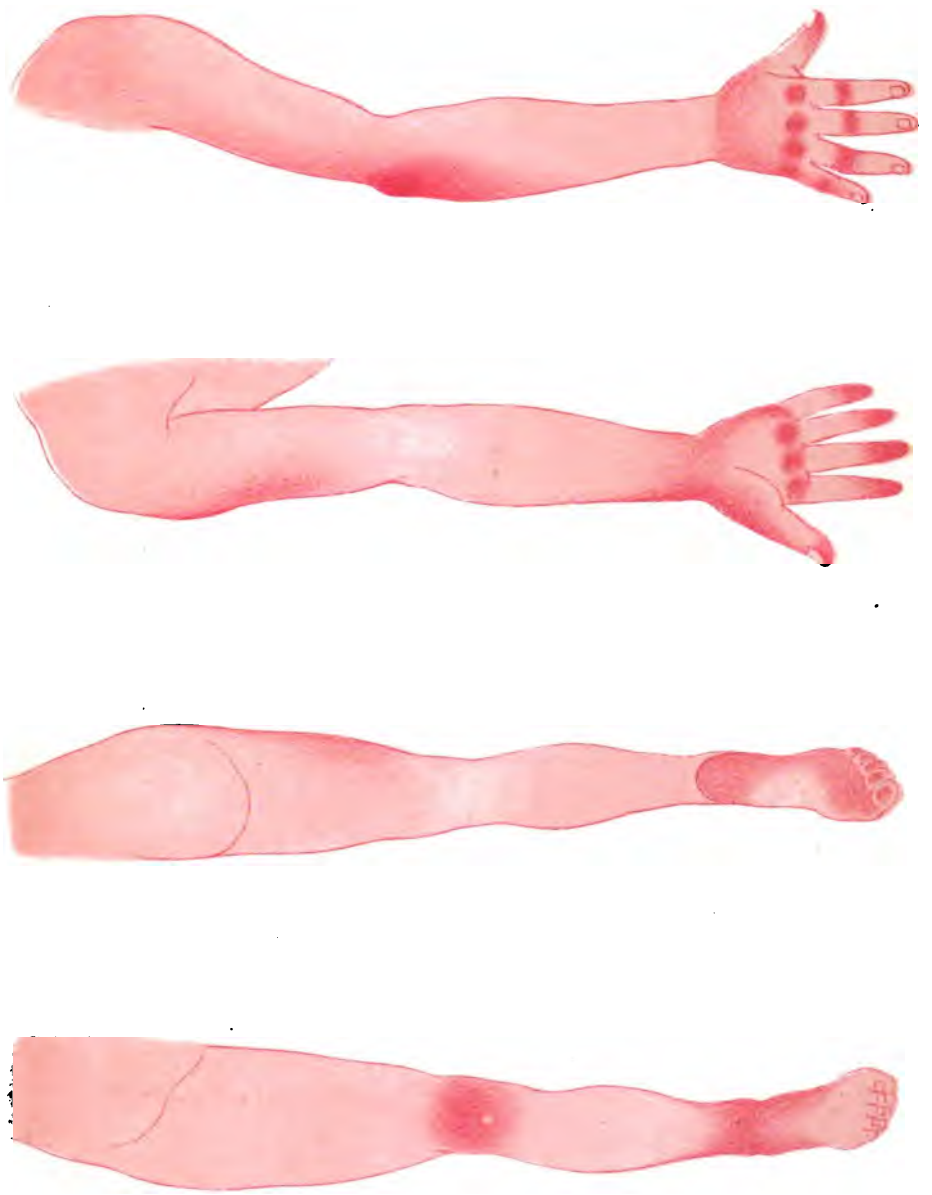
Die Beteiligung des Nervensystems beim Myxödem, von J. R. Whitwell. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1892.) Die Untersuchung der dritten Frontalwindung von einem typischen Fall von Myxödem bei einer 37jährigen Frau ergab einige sehr beachtenswerte Veränderungen der Gliazellen. An den frisch geschnittenen und mit Osmiumsäure und Anilin blauschwarz gefärbten Präparaten fanden sich eine verbreitete und ziemlich stark entwickelte Vakuolenbildung sowohl an den Kernen als in der Substanz der Zellen selbst. Letztere waren sogar zum Teil vollständig zerstört, und es war an ihrer Stelle nur der vakuolenhaltige Kern zurückgeblieben. Aufserdem war das Bindegewebe nachweislich, wenn auch in mäfsigem Grade, in der ganzen grauen Substanz vermehrt. Etwas Ähnliches hat Verfasser auch beim Gehirn von Epileptischen beobachtet. Er fordert zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung auf. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die Mikroorganismen der normalen Harnröhre des Mannes, von Wassermann. (*Travail du laboratoire de la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker, Annales des maladies des organes génito-urinaires,* Juni 1891.) In der normalen Urethra des Menschen fanden Lustgarten und Mannaberg zehn verschiedene Arten von Mikroorganismen, vier Bacillen, vier Diplokokken, einen Streptokokkus und einen Mikrokokkus. Einem dieser Mikroorganismen, welcher mit dem Smegma-Bacillus identisch ist, und einem, welchen sie den Pseudogonokokkus nennen, schreiben sie eine besondere Bedeutung zu. Rovsing hat die den Urin zersetzenden Mikroorganismen untersucht und beschreibt drei Staphylokokken, drei Streptokokken, drei Diplokokken und zwei Mikrokokken. Während er den Urin zu Kulturen benutzte, nahmen Lustgarten und Mannaberg Gelatine-Strichkulturen. Petit und Wassermann zogen die Bouillon vor, weil fast alle Bakterien darin wachsen. Sie konnten fünf Mikrokokken, sechs Bacillen, zwei Sarcinepilze und zwei Hefepilze unterscheiden, indessen in den vier von ihnen untersuchten Fällen (an Harnröhren von Kollegen, welche noch keine Gonorrhoe gehabt hatten, wurden die Versuche angestellt) nicht immer alle Arten von den überhaupt gefundenen Mikroorganismen nachweisen; insbesondere konstatierten sie auffallende Verschiedenheiten unter den Mikroorganismen der Harnröhre selbst und der Fossa navicularis bei demselben Individuum. Zur Entscheidung ihrer pathogenen Natur ausgeführte Impfungen in das Zellgewebe von Meerschweinchen fielen negativ aus. Mit Rücksicht auf die Ergebnisse Rovsings, welcher keine Bacillen im Urin fand, haben die Verfasser untersucht, ob ihre Bacillen den Urin zersetzen, und haben feststellen können, dafs nicht nur die Mikrokokken, sondern auch die Bacillen, zwei ausgenommen, diese Fähigkeit besitzen. Das Bacterium pyogenes, den Staphylococcus pyogenes aureus und die übrigen pathogenen Mikroorganismen Rovsings sahen sie nicht, ebensowenig die von Lustgarten und Mannaberg beständig gefundenen Pseudogonokokken. Wohl haben sie häufig Sarcinepilze beobachtet, welche man leicht für Gonokokken halten kann, sich aber nicht nach der Gramschen Methode entfärben. — Die Arbeit enthält eine Beschreibung der Mikroorganismen. *A. Strafs-Hamburg.*

Über die Antisepsis der Harnröhre, von Émile Petit et Melville Wassermann. (*Annal. des mal. des org. gén.-urin.,* Juli 1891.) Die Verfasser halten die bisher angewandte Desinfektion der Urethra für unvollständig und beweisen ihre Behauptung in folgender Weise: Von elf Patienten mit Hypertrophie der Prostata, Striktur, Gonorrhoea chronica, Cystitis etc., welche unter Bedingungen, unter denen der praktische Arzt arbeitet, untersucht wurden, wurde nach Reinigung der Genitalorgane Sekret der Urethra auf Bouillon geimpft. Nach abermaliger Waschung der Glans und der Harnröhre mit Quecksilberbijodürlösung (1 : 1000) wurde auf ein zweites Reagenzglas Sekret der Urethra übertragen. Dann mufste der Kranke urinieren, und nun wurde zunächst die vordere, dann die hintere Urethra unter einem Druck von 2 Meter Höhe mit drei verschiedenen Lösungen, mit 1½ bis 2 Litern filtrierten, gekochten Wassers einer Borsäurelösung 4 % und einer Argentum nitricum-Lösung (1 : 1000) jedesmal 20—30 Minuten lang ausgespült (in zwei Fällen gelang es nicht, die Flüssigkeit bis in die Blase zu bringen). Die Flüssigkeit wurde möglichst ausgedrückt und bis zum Bulbus ein sterilisierter Stab eingeführt, welcher, einige Sekunden in Berührung mit der Mukosa gelassen, in ein drittes Reagenzglas mit Bouillon gesenkt wurde. Nach einer Woche fanden sich in allen Gläsern zahlreiche Mikroorganismen. Es zeigt sich also, dafs selbst 30 Minuten lange Waschungen mit jenen Lösungen nicht genügen, um eine vollständige Antisepsis der infizierten Urethra zu erzielen. *A. Strafs-Hamburg.*

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).



Reaktion der Oberhaut. (Die dunkelsten Partien entsprechen den sauersten Hautstellen.)
HEUSS, Reaktion des Schweifses.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 11. 1. Juni 1892.

Zur Anatomie und Pathogenie des Lichen scrophulosorum.

Nach einem Vortrag,
gehalten in der medizinischen Sektion des naturhistorisch-medizinischen Vereins zu Heidelberg.

Von

Dr. med. et phil. A. Sack
in Heidelberg.

(Mit Tafel XI und XII.)

Lichen scrophulosorum nennt man seit Hebras Zeiten eine merkwürdige Hautaffektion, die nicht nur vermöge ihrer Seltenheit, sondern auch durch klinische Eigentümlichkeiten das Interesse der Dermatologen in hervorragendem Maße stets in Anspruch genommen hat. Der Altvater der Wiener dermatologischen Schule, der mit seinem umfassenden Blick das bunte Heer der vielgestaltigen Hautkrankheiten kritisch überschaut und es in wohlgeordnete feste Gruppen gebracht hatte, erkannte auch sofort die morphologische Verwandtschaft dieser Form mit dem Hauptrepräsentanten der Lichengruppe, — dem Lichen ruber. Er handelt auch die beiden Krankheiten zusammen ab, als zwei Spezies einer Gattung Lichen. Und was Hebra recht war, das war auch seinen Schülern billig. Bis auf unsere Tage, in welchen eine bessere Erkenntnis Platz zu greifen scheint, segelten die beiden im Grunde so heterogenen, in ihren äußeren Merkmalen so ähnlichen Formen unter gemeinsamer Flagge anstandslos umher. Freilich war das verwandtschaftliche Band, welches die beiden umschlungen hielt, von vornherein etwas loser geknüpft, als man auf den ersten Blick meinen könnte. Das logische Prinzip, welches der Hebraschen Einteilung hier zu Grunde lag, — das der formellen Übereinstimmung des einen wie des anderen Primärelementes, welches für beide Krankheiten als „ein keine fernere Umwandlung in seinem ganzen weiteren Verlaufe erleidendes Knötchen“ geschildert wurde, — dieses rein formale Prinzip war namentlich von Hebras eigener Hand schon erschüttert, als er — bei der Beschreibung der Symptome des Lichen scrophulosorum, — von „noch anderweitigen Krankheitssymptomen sprach, welche darin bestehen, daß sich zwischen

„den Knötchengruppen, aber auch an anderen Stellen, wo keine Lichen-„efflorescenzen waren, also an den Extremitäten, im Gesichte, mehr oder „weniger zahlreiche, einzeln stehende, einer gewöhnlichen Akne gleichende „linsengrofse, blaurote Knoten entwickeln, von denen einzelne auch eitriges „Contentum beherbergen, also gerade jene Umwandlung erleiden, wie jede „andere Akne und ebenso nach Vertrocknung oder Entleerung des eiterigen „Contentums oder wohl auch ohne dafs eine eiterige Umwandlung „stattgefunden hätte, allmählich vertrocknen und mit Hinterlassung „eines dunkel pigmentierten scheibenförmigen, linsengrofsen Fleckes an „einzelnen Stellen schwinden und an anderen von neuem auftreten."[1] Und wenn weiter unten HEBRA wieder sagt: „in der Wiederholung der eben „citierten Erscheinungen bestehe der Verlauf dieses Übels", — soll man da nicht meinen, dafs diese anderweitigen Krankheitssymptome gerade so wesentlich zum Bilde eines irgendwie schwereren Lichen scrophulosorum gehören, wie die primitiven Knötchen zum Bilde eines jeden leichteren Lichen-Falles? Ist es aber so, wo bliebe dann die Lehre von der keine weitere Umwandlung erleidenden Knötchennatur einer Lichenefflorescenz? Zwar stellt HEBRA die sekundären, der Umwandlung fähigen Elemente des Lichen scrophulosorum säuberlich von den primären gesondert hin, erbringt aber keinen näheren Beweis dafür, dafs diese sekundären, von KAPOSI als Acne cachecticorum noch schärfer präzisierten Krankheitssymptome in der That keinen genetischen Zusammenhang mit den wahren Lichen-Elementen aufweisen. Aus diesen Gründen macht, auf mich wenigstens, — unbeschadet meiner unbegrenzten Bewunderung für das Genie HEBRAS, — die ganze Symptomatologie der Krankheit einen etwas gezwungenen Eindruck. Man erkennt durch das scharfsinnige Gefüge der Konstruktion hindurch, welche dem Klassifikationsprinzip des Lichens, der Lehre von dem „keine weitere Umwandlung erleidenden Knötchen" hülfreich zur Seite stehen soll, den Hauch des Unnatürlichen, das Erbe der alten rein formalen Systeme.

So pedantisch war aber HEBRA zum Glück nicht, einem formalen Gesichtspunkte zuliebe die innere Wahrheit der Erscheinungen zu opfern, und so sehen wir ihn inmitten seiner Lichenforschungen dennoch auf der Suche nach wesentlicheren Momenten für die Begründung der Symptomatologie und Pathogenese des Lichen skrophulosorum. Seinem scharfen Blicke ist das wichtige klinische Symptom der Krankheit, welches in der Komplikation der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (90 %) mit grofsen Lymphdrüsen — vornehmlich Submaxillartumoren — besteht, selbstverständlich nicht entgangen. Ebenso fiel ihm das häufige Zusammentreffen

[1] HEBRA, Akute Exantheme und Hautkrankheiten. *Virchows spez. Path. u. Ther.* Bd. III. Teil I. Erlangen 1860. pag. 311.

mit noch schwereren skrofulösen (wir würden jetzt sagen: tuberkulösen) Leiden, wie Caries etc. auf. Dieser „skrofulöse" Hintergrund bestimmt sogar die Wahl des Namens, an dem — wir gestehen es offen — das Beiwörtliche „Scrophulosorum" uns mehr gefällt, als das Hauptwort „Lichen".

Dafs nunmehr nur ein Schritt zu machen war, um das Leiden in einen ursächlichen Zusammenhang mit Tuberkulose zu bringen, liegt auf der Hand. Auch diesen Schritt hat Hebra versucht; aber da er, im Geiste seiner Zeit denkend, nicht eine Hauttuberkulose allein, ohne begleitende Lungenerscheinungen, schlechtweg anerkennen konnte, so wurde er durch den negativen Befund seitens der Pulmones, sowie durch den durchweg benignen Charakter des Leidens wieder von der Verfolgung dieser richtigen Spur abgebracht.

Etwas schärfer hat Kaposi den ätiologischen Gesichtspunkt ins Auge gefafst, indem er nach Erwähnung der skrofulösen Begleiterscheinungen das Ergebnis in dem Satze: „Damit wäre gleichzeitig die vermutliche Ursache der Affektion gegeben" — resumiert.[1]

Um so merkwürdiger erscheint es, dafs Kaposi, der die pathologische Anatomie des Leidens zuerst genauer studiert hatte, nur ganz indifferente Alterationen um die Haarfollikel herum, bestehend in einer Zelleninfiltration und Exsudation in und um dieselben und in den angrenzenden Papillen und Talgdrüsen, gefunden hat, — lauter Veränderungen, die auch bei sonstigen Hautentzündungsprozessen, die um die Follikel lokalisiert sind, angetroffen werden, aber nichts Spezifisches an sich haben, am wenigsten etwas, was für Tuberkulose sprechen würde.

Es war eine ganz natürliche Gestaltung der Dinge, als, gelegentlich der grofsen Lichen-Debatte auf dem internationalen Dermatologen-Kongrefs in Paris 1889, die ganze Lehre von der Zusammengehörigkeit der beiden Hebraschen Lichen-Typen, des Lichens scrophulosorum und des Lichen ruber, einen gewaltigen Stofs erhielt. Wenn sich aber ein Teil der anwesenden Dermatologen schon damals zur Ketzerei bekannte und den Lichen scrophulosorum, vermöge der Fähigkeit seiner Effloreszenzen, in Elemente höheren Grades wie Bläschen und Pusteln sich umzuwandeln, als eine Art von Folliculitis proklamierte, so mufs diesem übereilten Schritte ein wesentliches Bedenken entgegengehalten werden, — dafs namentlich durch diese leider wiederum aus rein morphologischen Gründen vorgenommene Umordnung die Erkenntnis der Krankheit selbst nicht im geringsten gewonnen hat. Zwar wurde der reine Wilsonsche Lichentypus in Gestalt des Lichen ruber allein rehabilitiert und der letztere dadurch von seinem ungebührenden Kumpanen entlastet, der Lichen

[1] Kaposi, *Path. u. Ther. der Hautkrankheiten.* 1887, pag. 455.

scrophulosorum selbst geriet aber wiederum in eine Gesellschaft, in die er infolge seiner natürlichen oder Geburtsrechte eigentlich nicht hingehört.

Eines war aber durch diese Verschiebung bewiesen, — dafs die Tage des Bestandes der gezwungenen Lichen-Gruppe von HEBRA gezählt seien, und dafs es nur eines genügenden wissenschaftlichen Beweises bedürfe, um eine andere Klassifizierung definitiv ins Werk zu setzen. Dieser Beweis für die Unnatürlichkeit des HEBRAschen Systems mufs eben erbracht werden.

Ich glaube nun, diesen Beweis geliefert zu haben, als ich in meiner Korrespondenz aus Wien, die in der Nummer der *Monatshefte für praktische Dermatologie* vom 15. September 1891 erschienen war, den von mir gemachten Befund aufzeichnete. Was dort nur kurz angedeutet werden konnte, soll hier etwas ausführlicher besprochen werden. Ehe ich aber in medias res gehe, will ich betonen, dafs gänzlich unabhängig von mir Herr Dr. JACOBI in Freiburg zu gleichen und sogar noch weiteren Resultaten gelangt ist, welche den Inhalt seines auf dem Dermatologen-Kongrefs in Leipzig am 18. September 1891 gehaltenen Vortrags ausgemacht haben.[1] Wie mir Herr Dr. JACOBI später persönlich mitgeteilt hat, hatte er seine Untersuchungen wesentlich früher schon angestellt und seine Präparate auch vorher schon manchen Kollegen in Freiburg gezeigt. Gerne erkenne ich deswegen die Priorität seiner Befunde an, die mir übrigens, wie auch wahrscheinlich den meisten Dermatologen, erst nach seinem Leipziger Vortrag bekannt geworden sind. Übrigens gewinnt der von beiden Seiten unabhängig voneinander erbrachte Beweis der spezifischen Natur unserer Affektion nur noch mehr an Festigkeit und Gültigkeit, indem das Ergebnis auf beiden Seiten ziemlich identisch ist, mit dem Unterschied nur, dafs es Dr. JACOBI möglich war, ein noch vollständigeres Beweismaterial, als das meinige es ist, beizubringen.

Nach dieser kurzen Erörterung gehe ich zur Beschreibung meines Falles, dessen Kenntnis und Studium ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. HANS VON HEBRA verdanke, über. Für die bereitwillige Überlassung dieses hochinteressanten Falles bin ich Herrn Dr. v. HEBRA zu besonderem Danke verpflichtet.

Im August vorigen Jahres, als ich, der freundlichen Aufforderung des Herrn Dr. v. HEBRA folgend, seine Poliklinik in Wien täglich besuchte, stellte sich in derselben ein Kranker vor, dessen Geschichte ich hier wiedergebe. Die beigegebene Phototypie zeigt anschaulich die Ausdehnung und die Schwere des Leidens.

---

[1] Da ich leider verhindert war, den Sitzungen der Gesellschaft beizuwohnen, so habe ich über den Inhalt der JACOBischen Mitteilung erst aus den Berichten der medizinischen Tagespresse und später aus seiner persönlichen Mitteilung weiteres erfahren.

Anamnese. August D., Zahnkünstler, ist 26 Jahre alt und verheiratet. Keine erbliche Belastung nachzuweisen. Keine Syphilis vorausgegangen. Die Frau ist gesund. Er selbst ist von den ersten Jahren an „skrofulös" gewesen. Bis zu seinem sechsten Lebensjahr litt er an „Augenentzündung", die eine kaum sichtbare centrale Hornhauttrübung am linken Auge hinterlassen hat. Als Knabe nahm er längere Zeit Leberthran ein. Im Jünglingsalter war er auffallend blafs und schwächlich, hatte viele Mitesser im Gesicht und litt an hartnäckiger Obstipation. Die Nase und der Rachen wurden häufig von Katarrh befallen. Patient hat keine Nachtschweifse früher gehabt und wurde nie von stärkerem Husten geplagt. Bemerkt sei noch, dafs die Kleidung des Patienten im Winter aus wollenem Unterzeug besteht.

Vor etwa 3½ Monaten begann das gegenwärtige Leiden mit rapider Schwellung der Unterkieferdrüsen links, leichten Fiebererscheinungen, Appetitlosigkeit und physischer sowohl als psychischer Depression, wozu sich bald auch Abnahme der geschlechtlichen Potenz gesellte. Kurz darauf kamen an verschiedenen Stellen des Stammes kleine „Wimmerl", die Patient mit gewöhnlichem Hitzausschlag vergleicht, zum Vorschein, welche zunächst gar nicht juckten und keine Vereiterung zeigten. Auf ärztlichen Rat wurde Puder auf die Haut gestreut. Inzwischen besserte sich der psychische, sowie der somatische Zustand etwas, als nun die „Wimmerl" plötzlich zahlreicher auftraten. Jetzt waren sie schon höher, vereinigten sich zu Gruppen und juckten auch schon. Der Ausschlag breitete sich nun auch auf die Extremitäten aus, so dafs die Füfse darunter anschwollen und das Gehen dem Patienten erschwert wurde. Zu dieser Zeit soll aus den an den Beinen befindlichen Knötchen nach Entfernung der sie bedeckenden Börkchen honigartige, zähe, nicht wie Eiter aussehende Flüssigkeit ausgesickert sein. Erst seit etwa 14 Tagen sind an Stelle einzelner Wimmerl auch Pustelchen mit scheinbar eitrigem Inhalt aufgetreten. Zu dieser Zeit hatte Patient sehr schlechten Schlaf und starke Nachtschweifse. Auch nahm die Depression sehr zu.

Status. Grazil gebauter, schwächlicher, kränklich aussehender Mann mit auffälliger Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Dünner Haarwuchs, keine Seborrhöe des Kopfes.

Komedonen auf der Stirn und im Gesicht. Keine Sycosis barbae. Unter dem linken Unterkieferwinkel eine aus intumeszierten Lymphdrüsen bestehende hühnereigrofse Geschwulst. In der Nähe derselben, am Halse, sind einzelne Krankheitselemente schon zu sehen.

Die Brust, bis zu den Warzen herunter, ist nur spärlich von isolierten Elementen befallen, die sich nur stellenweise zu kleineren isolierten Verbänden von je 6—8 Elementen gruppieren. Bei näherer Betrachtung präsentieren sich die einzelnen Proruptionen als stecknadelkopf- bis kleinschrotgrofse, runde, den Haarfollikeln entsprechende derbe Knötchen von wachsgelb-rötlicher Farbe, die keinen entzündlichen Halo und keine tiefere Infiltration erkennen lassen — mit einem Worte — als typische Efflorescenzen von Lichen scrophulosorum. Einzelne Knötchen schuppen fein an der Kuppe, andere sind wiederum wie von einem feinen Krüstchen bedeckt. In viel gröfseren Verbänden (je 10—50 Elemente) und viel dichter stehen ähnliche Efflorescenzen in der Abdominalregion. Doch sieht man noch hier zwischen diesen Gruppen auch isoliert stehende Primärelemente eingestreut, die den geschilderten ganz ähnlich sind. Dagegen sind die Efflorescenzenverbände von denen auf der Brust insofern verschieden, als sie einerseits sehr unregelmäfsige Umrisse zeigen, andererseits aber gleichmäfsig-dunkel gerötete Plateaus mit leicht infiltrierter Basis darstellen, auf welchen sich die Einzelelemente von exquisit-follikulärem Habitus erheben. Nur breitet sich das an einzelnen Stellen ins Hämorrhagische spielende Erythem nirgends

über die Grenzen der Knötchenverbände aus; es bleibt vielmehr scharf begrenzt, wodurch die Haut das scheckige Aussehen eines Leopardenfells bekommt. Einzelne von den elementaren Efflorescenzen zeigen einen dickflüssigen, wie käsig-eiterigen Inhalt, der mitunter auch ganz eingetrocknet ist. Sehr viele tragen ein Lanugohaar in ihrem Centrum. Eine ausgesprochene Depression besteht dagegen nirgends.

Merkwürdig schön ist der ganze Rücken getigert, wo dichtgedrängt ausnehmend grofse Platten von Knötchen verteilt sind, von denen einzelne bis und über hundert Primärelemente in sich fassen. Auch hier finden sich noch isolierte Elemente dazwischen in gleichen Entwickelungsstufen, wie die oben geschilderten.

Beinahe ebensodicht und gleichmäfsig ist die Inguinal- und Glutealgegend befallen, von wo aus die Affektion, — ohne den Penis zu verschonen, an dem sie auch einige Knötchen und Pustelchen erzeugt hat, — sich kontinuierlich auf die unteren Extremitäten ausbreitet. Hier verteilt sich das Exanthem in Form von dicht gedrängten, ebenso charakteristisch wie oben gefärbten Scheiben von Follikularknötchen, von denen einzelne mehr impetiginösen Charakter durch ausgiebigere eiterige Schmelzung zeigen. An den Unterschenkeln, wo der Haarwuchs stärker ist, wird jede Pustel von einem Haare durchbohrt. Die Follikulitiden reichen bis an die Planta pedis heran, welch letztere begreiflicherweise keine Knötchen, wohl aber livid-erythematöse Flecke zeigt, die auf Stauung beruhen mögen. Ähnliche Flecke sind an den Hohlhänden zu sehen, an der linken Vola manus sind sogar zwei exfolierte Flecke, die eine entfernte Ähnlichkeit mit Psoriasis palmaris haben, zu bemerken.

Die oberen Extremitäten sind an den Oberarmen weniger stark als an den Vorderarmen vom Exanthem befallen, wobei man, abgesehen von stärkerer Schuppung an der Streckseite, keinen wesentlichen Unterschied zwischen dieser und der Beugeseite erkennt. Isolierte Efflorescenzen kommen auf dem Handrücken noch bis zu den Grundphalangen der Finger vor.

Die Lymphdrüsen in den meisten Gelenkbeugen sind etwas vergröfsert und auf Druck etwas schmerzhaft.

Bei der Untersuchung der inneren Organe, namentlich der Lungen, findet sich, abgesehen von einer Schallverkürzung an der linken Lungenspitze, nichts Abnormes.

Nachdem auf Grund aller geschilderten Symptome die Diagnose auf Lichen scrophulosorum in seiner schwersten Form — der kachektischen Akne — gestellt worden, wurde von Herrn Dr. von Hebra entsprechende Therapie eingeleitet, bestehend in grofsen Gaben von Leberthran und äufserer Applikation von wässerigen (10%) Ichthyolumschlägen. Immerhin wurde die Möglichkeit eines diagnostischen Fehlers ernstlich erwogen, und es wurde in erster Linie an die schwere Form des papulösen Syphilids — an den Lichen syphiliticus — gedacht. Doch fehlte, abgesehen von den wenig gravierenden Erythemflecken an den Händen und an den Fufssohlen, jeglicher anamnestischer, wie objektiver Anhaltspunkt für die Annahme einer syphilitischen Erkrankung. Entschieden dagegen sprach der durchweg uniforme, miliäre Charakter der Einzelemente, während sich bei Lichen syphiliticus stets auch die für Syphilis charakteristischen polymorphen Papeln, — darunter auch sehr grofse und breite, — vorfinden. Aber auch ex nocentibus sah man sich genötigt, die Syphilis vollständig auszuschliefsen, indem sich nach mehreren Sublimatinjektionen und nach Auflegen eines grofsen Stückes Quecksilberpflaster die Affektion

nur zusehends verschlimmerte, ein frischer Schub bemerkt wurde und das Allgemeinbefinden sehr darunter gelitten hat. Da war an der Diagnose nicht mehr zu zweifeln!

Der Patient wurde nun definitiv einige Wochen lang mit sichtlichem Erfolg der oben erwähnten Therapie mit Leberthran und Ichthyol unterworfen, und versprachen wir uns eine radikale Heilung davon, als nun im entscheidenden Augenblick, wo wir daran gingen, ihm eine Efflorescenz zu excidieren, um an bereitgehaltenen Kaninchen und Meerschweinchen Impfversuche mit dem Inhalt des Knötchens anzustellen, der Patient seine Zustimmung dazu verweigerte und — seitdem die Poliklinik nicht mehr betrat. Glücklicherweise konnten wir aber an den einige Wochen vorher dem Patienten excidierten Efflorescenzen die anatomischen Veränderungen wenigstens studieren, welche allein schon die tuberkulöse Natur des Leidens unzweifelhaft ergeben haben.

Zur Schilderung der aus den excidierten Hautstücken gewonnenen Präparate, von welchen die Abbildung (Taf. XII, Fig. 2) eines naturgetreu wiedergiebt, will ich nun übergehen. Im reifen Zustande präsentiert sich das Lichenknötchen auf den Schnitten als ein solides Gebilde von deutlich miliarem Charakter. Dasselbe liegt dicht unter der Oberhaut, welche in der Ausdehnung des miliaren Tumors gleichfalls ergriffen ist, indem sie namentlich in der Malpighi'schen Schichte weitgehende Degeneration in Form des hydropischen und des körnigen Zerfalls zeigt (*b*). Die Kuppe des Knötchens zeigt ein durch mächtige Hyperkeratose zu stande gebrachtes, zerklüftetes, aus mehreren verfilzten Hornlamellen bestehendes Schüppchen (*a*), welches in seinem Centrum der Epidermis fest anhaftet und daselbst in ein Grübchen eingelassen ist, an der Peripherie dagegen in lose Lamellen ausläuft. Das benannte Grübchen steht nicht im entferntesten Zusammenhang mit irgend einer präformierten Öffnung in der Haut, also weder mit einer Haartasche, noch mit einem Knäueldrüsengang; es stellt vielmehr eine leichte Depression der Tuberkeloberfläche dar, welche einerseits in dem vom Schüppchen ausgeübten Drucke, andererseits in der verminderten Widerstandsfähigkeit und Festigkeit des z. T. entarteten Epithels ihre Erklärung findet. Hier im Centrum des Knötchens ist der locus minimae resistentiae zu suchen. Wohl ist man nach dem klinischen Bilde, sowie nach den Untersuchungen von Kaposi berechtigt, a priori auf ein im Centrum des Knötchens belegenes präformiertes Gebilde — in erster Linie auf einen Haarbalg — zu schliefsen. Doch beweist eben die Schnittserie aus dem der Hüfte des Patienten entnommenen Knötchen, dafs dies durchaus nicht zu unerläfslichen topographischen Kennzeichen der Krankheit gehört, indem wir im Centrum des kleinen Tumors jegliche Spur eines Follikels vermissen. Dagegen weisen einige periphere Schnitte auf die unmittelbare Nähe einer Lanugohaartasche hin. Will man also die letztere in nähere Beziehung zum miliaren Tumor

bringen, so müfste man ihn als ein parafollikuläres, jedenfalls nicht als follikuläres Gebilde definieren. Immerhin bleibt in der Hauptsache der Satz vom Gebundensein der Knötchen an die Follikel zu Rechte bestehen, da aus anderen stärker behaarten Körperstellen (Schulter) entnommene Knötchen die Haarfollikel und ihre nächste Umgebung als den Mittelpunkt der Erkrankung dokumentieren. Man müfste demnach jenem allgemeinen Satze nur eine bedingte Geltung lassen, da die Möglichkeit einer Knötchenbildung auch aufserhalb des unmittelbaren Bereiches eines Haarfollikels durch meine Präparate erwiesen ist.

Was liegt nun im Mittelpunkt des scharf umschriebenen, beiläufig kugelförmigen Knötchens? Bei schwacher Vergröfserung glaubt man eine homogene, nekrotische, wie dicker Käse aussehende Masse, welche nirgends tingible Elemente (von spärlichen Kernfragmenten abgesehen) einschliefst, wahrzunehmen (*c*). Bei stärkeren Vergröfserungen kommt aber die wirkliche Struktur dieser käsig-homogenen Masse besser zur Geltung. Ein äufserst feines Netzwerk, aus abgestorbenen Gewebselementen bestehend, erinnert lebhaft an das im Mittelpunkt jedes typischen Tuberkelknötchens vorfindliche sog. Wagnersche Reticulum. Man sieht deutlich, dafs hier eine Art fibröser Hyperplasie mit Bildung von dicht verfilzten Fäden der Verkäsung vorausgegangen war; in der Architektur des der Koagulationsnekrose verfallenen Teiles des Knötchens erkennt man noch die ursprüngliche Struktur des anfangs entzündlich-hyperplastischen Gewebes.

Wenn nun aber der integrierende Teil jedes vorgeschrittenen Tuberkelknötchens — das centrale Reticulum — auch hier nicht vermifst wird, so fehlt eine Kette von wohl ausgebildeten typischen Riesenzellen, wie sie nur bei tuberkulösen Entzündungen vorgefunden werden, auch nicht. Ich sage nicht umsonst „typische Riesenzellen", da nicht jede Riesenzelle für tuberkulöse Erkrankung beweisend ist. Es ist ja jedem bekannt, in wie zahlreichen entzündlichen und regressiven Prozessen Riesenzellen vorkommen. Aber wo sie auch vorkommen mögen: ob bei Akne, bei Granulationen, bei Entzündungen oder sogar in syphilitischen Produkten, — nirgends erlangen sie den eigentümlichen Habitus der Langhansschen oder Tuberkelriesenzellen mit ihren grofsen Leibern von häufig etwas phantastischen Umrissen, mit ihren vielen Hunderten von Kernen, mit ihrem deutlich erkennbaren parietalen, noch lebendigen Protoplasma und ihrer homogenen Hauptzellmasse. Aus diesem Grunde habe ich eine der in den Schnitten vertretenen Riesenzellen bei stärkerer Vergröfserung (Hartnack $^9/_3$) zeichnen lassen (Taf. XII, Fig. 1), damit sich jeder überzeugen kann, dafs es sich hier um wahre, tuberkulöse Riesenzellen handelt. Von solchen Riesenzellen führt das Knötchen etwa ein halbes Dutzend, und sind dieselben an der Grenze zwischen dem centralen nekrotischen Reticulum und der peripheren Tuberkelzone belegen.

Diese periphere Zone besteht, wie in fast jedem Tuberkelknötchen, so auch hier, aus zweierlei Elementen: aus einer überwiegenden Mehrzahl Leukocyten, zwischen welchen gröfsere, mit grofsen Kernen ausgestattete, etwas abgeplattete und in die Länge gezogene Epitheloidzellen eingestreut sind. Die letzteren, die man ihres plasmareichen Leibes wegen auch Plasmazellen nennen mag, treten bei der Behandlung mit Methylenblau ziemlich scharf hervor, während sie bei Hämatoxylinfärbung nicht so deutlich zur Geltung kommen. Ganz unmerklich geht diese periphere Zone in den entzündlichen Infiltrationswall über, der fast ausschliefslich aus Leukocyten besteht und an manchen Stellen eine unverkennbare Beziehung zu den Blutgefäfsen verräth. Die letzteren sind über alle Mafse dilatiert, so dafs sogar die den Papillen zustrebenden Kapillare hier als mächtige Gefäfse imponieren. Eine Hyperplasie der Gefäfswandungen und eine mäfsige Infiltration der Gefäfsscheiden sprechen für den chronisch-entzündlichen Zustand des peripheren Gefäfssystems der erkrankten Haut.

Es wurde oben schon darauf hingewiesen, dafs das ganze Knötchen in der Cutis scharf umschrieben ist und daher den Eindruck eines in die obere Lage der Lederhaut eingelassenen cirkumskripten Tumors macht. Dieser Eindruck wird hauptsächlich durch das relative Intaktsein der nächsten Umgebung hervorgebracht, welche, abgesehen von sehr spärlichen kleinzelligen Infiltrationen — hauptsächlich um epitheliale Gebilde wie Drüsen und Follikel herum — ziemlich normal aussieht. Von irgend einer tieferen Infiltration der Cutis ist jedenfalls keine Rede.

Dieses wäre ungefähr ein genaues anatomisches Bild eines reifen, in Verkäsung übergehenden Lichenknötchens, sofern ein solches nicht an einen Haarfollikel gebunden ist. Dort, wo der Follikel zum Ausgangspunkt einer Lichenefflorescenz geworden ist, ändert sich das Bild in topographischer und architektonischer Beziehung sehr bedeutend, indem die Zelleninfiltration sich ziemlich gleichmäfsig um jenen verteilt und die Riesenzellen demnach ziemlich peripher zu liegen kommen. Auch ist an solchen Stellen die kleinzellige Infiltration der drüsigen Gebilde bedeutend stärker ausgeprägt. Hier erlangen die Präparate eine gröfsere Ähnlichkeit mit den von Kaposi beschriebenen Befunden, wenn auch hier die typischen Riesenzellen dem ganzen Prozefs ein ausgesprochen tuberkulöses Gepräge verleihen.

Jacobi weist darauf hin, dafs nach seinen Präparaten eine Verkäsung in den Knötchen nicht vorkomme. Meine Präparate (Taf. XII, Fig. 2) beweisen das Gegenteil, und kommt es hier wahrscheinlich nur auf die Schwere des Falles an. Kein Wunder also, dafs in unserem so schweren Fall die Knötchen einen viel vorgeschritteneren Gewebszerfall zeigen. Aus diesem Grunde aber dürfte uns auch der Nachweis von Tuberkelbacillen trotz

sorgfältiger Versuche mifslungen sein. Wenn JACOBI in seinen Präparaten, die wohl der aktiveren Periode des Virus entsprechen dürften, nur sehr spärliche Bacillen dargestellt hat, so dürften in unserem Fall die weitgediehene regressive Metamorphose und das relativ hohe Alter der schon zerfallenden Knötchen daran schuld sein, dafs nicht einmal ein einziger Bacillus dargestellt werden konnte.[1]

Ich mufs nur bedauern, dafs durch die Unvernunft des Patienten der Versuch des Überimpfens des Knötcheninhalts, welcher, nach dem von JACOBI schon gelieferten bakteriellen Beweise, das Punctum saliens in der ganzen Argumentation für die tuberkulöse Ätiologie des Leidens werden könnte, so unverhofft gescheitert ist. Übrigens haben zunächst auch die von JACOBI unternommenen Impf- und Kulturversuche zu keinem Resultate, soweit mir wenigstens bekannt, geführt.

Dennoch scheint es mir, nach den oben von mir dargethanen histologischen Untersuchungen, sowie nach JACOBIS anatomischen und bakteriellen Befunden keinem Zweifel mehr zu unterliegen, dafs durch die angeführten Thatsachen ein genügender Beweis für die tuberkulöse Provenienz des Leidens erbracht worden ist. Demnach sollte Lichen scrophulosorum Hebrae fortan nicht mehr in der Lichengruppe, sondern mit den tuberkulösen Erkrankungen der Haut zusammen abgehandelt werden. Es liegt zwar keine dringende Veranlassung vor, der Krankheit ihren angestammten Namen streitig zu machen; doch, will man in der nosologischen Nomenklatur etwas mehr als lauter Namen sehen, will man durch Namen auch die Stellung der Krankheitsspezies im natürlichen nosologischen System andeuten, so wird man kaum der Versuchung widerstehen können, die Krankheit mit einem Namen zu belegen, der mit den gefundenen Thatsachen besser im Einklang steht, als die ihr von HEBRA verliehene Benennung. Hat man die Krankheit als Hauttuberkulose erkannt, so soll man sie auch Hauttuberkulose nennen. Freilich kann man dabei auch dem morphologischen Gesichtspunkt sehr gut Rechnung tragen, indem man sie nach ihrem Aussehen lichenoide oder papulöse Hauttuberkulose nennt, analog dem klein papulösen oder lichenoiden Syphilid. HANS VON HEBRA hat für den Lichen scrophulosorum den Ausdruck „Scrophuloderma papulosum" s. Z. vorgeschlagen. Wir leben aber nun in einer Zeit, wo der Begriff „Scrofulose" keinen rechten Anklang mehr findet, indem er in den der Tuberkulose (mit zahlreichen Ausnahmen wohlgemerkt!) allmählich aufgeht. Infolgedessen dürfte vielleicht die einfache, den Thatsachen entsprechende Benennung: „Tuberculosis lichenoides cutis", eine wohlwollende Aufnahme finden.

---

[1] Neuestens stellte übrigens KLEBS den umgekehrten Satz auf —, dafs die Nekrose des Körpergewebes zu einer Vermehrung der Tuberkelbazillen führe (KLEBS, Die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulocidin. 1892. pag. 12—13).

Ich mufs mir leider versagen, hier auf die Erörterung der Frage näher einzugehen, in welchem Verhältnis diese Form der Hauttuberkulose zu den schon bekannten Abarten, sowie zur allgemeinen Tuberkulose steht. Solche Fragen könnten nur auf Grund einer umfassenden klinischen Beobachtung beantwortet werden, und öffnet sich hier ein weites Thor für allerlei Hypothesen. Meine Aufgabe bestand nur in der Erbringung eines histologischen Beweises für die Behauptung, dafs eine Lichenefflorescenz nichts weiter als ein miliarer Tuberkel der Haut sei, — eine Behauptung, die ich schon im September vorigen Jahres in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* (Nummer vom 15. Sept.) aufgestellt habe, und die durch die Ausführungen und Demonstrationen des Herrn Dr. Jacobi in der dermatologischen Gesellschaft zu Leipzig eine vollkommene Bestätigung gefunden hat. Diese Aufgabe glaube ich nun gelöst zu haben.

Erklärung der Tafeln.

Tafel XI.

Fig. 1 und 2. Vorder- und Rückenansicht des Patienten August D. (nach Photographien).

Tafel XII.

Fig. 1. Eine vielkernige Riesenzelle mit ihrer nächsten Umgebung aus einer Lichenefflorescenz. (Hartnack 9./3. Vergröfserung 560).

Fig. 2. Schnitt durch einen Lichentuberkel. (Hartnack 4./3. Vergröfserung 100).

a. Schüppchen.
b. degeneriertes Epithel.
c. nekrotisches Centrum des Tuberkels (Reticulum).
d. Riesenzellen.
e. Zone der Leukocyten und Epitheloidzellen.
f. dilatiertes Kapillargefäfs.

Korrespondenz.

Mexiko, Februar 1892.

(Brief von Dr. E. Lier.)

Die Mannigfaltigkeit und das Imposante der Naturerscheinungen, sowie die seltsame antike Kultur, wie sie im Lande Mexiko zu Tage treten, liefern für den Naturforscher und Archäologen eine reiche Quelle der Studien und Forschungen, insbesondere giebt es für den Ethnologen und Anthropologen manches Rätsel zu lösen, welches für die Erkenntnis des Ursprungs, der Entwickelung und Verbreitung der Menschenrassen von

grofser Wichtigkeit ist. Denn wie die vielgestaltige Pflanzenwelt die eigentümliche Bodenbeschaffenheit und das Klima Mexikos wiederspiegelt, so haben auch die Bewohner älteren und jüngeren Zeitabschnittes spezifische Charaktere angenommen, welche nur in ganz speziellen klimatologischen Verhältnissen begründet sein können. Eins der interessantesten Beispiele der spezifisch mexikanischen Klimaeffekte scheint das sogenannte „**Mal del Pinto**“ zu sein. Diese Affektion, welche vielen Naturforschern und Ärzten Europas kaum dem Namen nach bekannt ist, bildet seit Jahrzehnten den Gegenstand eifrigster Forschungen, ohne dafs bis jetzt ein sicheres Urteil über das Wesen dieser rätselhaften Erscheinung gewonnen worden ist. Da ferner der Staat selbst ein lebhaftes Interesse daran nimmt, die wahre Natur dieser „Landesplage“ ergründet zu sehen, welche ihn wegen ihrer stetigen Zunahme mit berechtigter Besorgnis erfüllt und zu energischen Mafsnahmen zu ihrer Bekämpfung auffordert, so darf der Versuch gerechtfertigt erscheinen, die Hieroglyphen zu entziffern, welche die Natur fast einer halben Million von mexikanischen Bürgern auf die Haut gezeichnet hat.

Unter „Mal del Pinto“ versteht man eine in Mexiko endemische, eminent chronisch verlaufende Erkrankung, welche sich besonders in einer eigenartigen Pigmentierung der Haut äufsert. Diese Krankheit hiefs bei den alten Mexikanern „Tzalzayanalixtli“ und wird jetzt in Chiapas und Tabasko „Tiña“, in Michoakan und Jalisko „Jiricua“ genannt; auch an wissenschaftlichen Bezeichnungen fehlt es ihr nicht; Alibert nennt sie „pannus careatus“ oder „karate“, Leon „Syphyspyloria thelodérmica“ oder „Dermophylia spilorica americana“, Sandoval „Dermatomicotis polispilórica“.

Die älteste Notiz über diese merkwürdige Anomalie der Haut findet sich im *Diccionario enciclopédico* von Polanko in Mexiko aus dem Jahre 1760; auch Hernandez, *De historia plantarum Novae Hispaniae*, Madrid 1790, erwähnt ihrer; später begegnet man vereinzelten Angaben über dieselbe sowohl in mexikanischen als ausländischen Schriften, so namentlich im *Tratado completo de las enfermedades de la piel* von Alibert, Paris 1883. Auffallend bleibt es, dafs Humboldt, dieser um die Erforschung von Mexiko so hochverdiente und deshalb hier fast populäre Gelehrte, von jener „Landesplage“ nirgends etwas erwähnt in seinen unsterblichen Werken; auch haben spätere Mexikoforscher aufser Heller, der ihrer flüchtig gedenkt (*Reisen in Mexiko* 1853), sie nicht gekannt oder nicht beachtet. Unter den wissenschaftlich-medizinischen Werken und Abhandlungen, welche sich speziell mit ihr befassen, zeichnen sich folgende aus:

1. *La tiña endémica de Tabasco, Chiapas y el Sur de México*, von Dr. Leon, Mexiko 1862.

2. *El Pinto*, von Dr. Chassin, Mexiko 1868.
3. *El mal del Pinto*, von Iturbide, Mexiko 1870.
4. *Du Carathés ou tâche endémique des Cordillères*, von Gomez, Paris 1879.
5. *Estudio sobre el mal del Pinto*, von Ruiz y Sandoval, Mexiko 1879.
6. *Memoria sobre la enfermedad pintada de las Américas*, Mexiko 1881.
7. *Estudios histológicos sobre el mal del Pinto*, von Dr. Gaviño, Mexiko 1889.

Der „Pinto" existiert nicht ausschliefslich in Mexiko, sondern findet sich auch in den amerikanischen Centralstaaten Venezuela und Brasilien, besonders in der Provinz São Paolo. Derselbe ist ein echter Tropenbewohner und entfernt sich weder nördlich noch südlich weiter als bis zum 27. resp. 28. Parallelkreis; er liebt Wärme, Feuchtigkeit und genügenden Luftdruck; denn in Mexiko bevorzugt er das feuchtwarme Klima der Niederungen; Temperaturen unter 15° Mitteltemperatur sind ihm zuwider, ebensowenig behagen ihm Wanderungen auf Höhen über 1500 Meter; er beherrscht ganze Staaten, wie Guerrero, Michoakán, Chiapas und Tabasko, in anderen fühlt er sich weniger heimisch, in wenigen stattet er nur gelegentlich Besuch ab, besonders ist ihm die mexikanische Hochebene verhafst, denn als zartes Kind der Palmenzone wird er von dem dort herrschenden kühlen Höhenklima in seinem innersten Wesen ergriffen und getötet. Über seinen Ursprung ist bis jetzt nichts Sicheres ermittelt worden, doch steht fest, dafs er seit Jahrtausenden lebt und seit Jahrhunderten in den Tempeln der Azteken und Mayas einherwanderte und allen Gebeten heidnischen und christlichen Charakters, allen Zauberkünsten, Wundermitteln und modernen Heilbestrebungen siegreich widerstanden hat, wenn er sein Schutz- und Schirmgebiet, die feuchte Tropenglut, nicht verliefs. Mit den Indiern und Mestizen hat er ein dauerndes Bündnis geschlossen, während Kaukasier und Neger nur selten seine Freundschaft geniefsen; Krankheiten schrecken ihn nicht ab, im Gegenteil, er fühlt sich besonders da wohl, wo das Mal de San Lázaro und die tropischen Intermittentes gedeihen. Auf Behaglichkeit und Sauberkeit der Wohnung, sowie auf hygienische Bauart derselben legt er wenig Wert; zwar fühlt er sich als echter Plebejer mehr unter seines Gleichen wohl, treibt allerlei Allotria in Bambushütten, spielt mit der Liebe ein verräterisches Spiel, schleicht sich in das häusliche Heim, stiftet Unfrieden in der Ehe, trennt die zartesten Bande und setzt Schönheit und Kraft dem Spott derjenigen aus, die er seiner Neigung noch nicht gewürdigt hat, die er aber desto sicherer bethört, und spottet selbst derer, die ihn nur als einen feindlichen Dämon betrachten und den Himmel zum Schutz

gegen seine Macht anrufen oder gottergeben ihn als Strafe für begangene oder unbewufste Sünden dulden. Aber auch in die Paläste der Reichen stiehlt er sich ein und rächt sich ob der Verachtung und Geringschätzung, mit der ihn Geld, Intelligenz und Kultur behandelt haben. Freundschaft und Liebe pflegt er in gleichem Grade ohne Wahl, jedes Alter und Geschlecht flöfst ihm Interesse ein, nur das Kindlein in der Wiege nicht. Was die Nahrung anbetrifft, so ist sie ihm vollkommen gleich, ob animalischer oder vegetabilischer Natur, das Schweinefleisch und der Maispilz haben keinen Einfluſs auf seine Entwickelung, so wenig als Salzwasser, Regen-, Sumpf-, Fluſs-, Brunnen- oder Quellwasser; auf reinliche Körperpflege sieht er wenig, da er weifs, dafs ihn weder tägliche Bäder, noch gründlicher Seifengebrauch, noch sonstige Toilettenkünste irgendwie alterieren. Ein besonders abgesagter Feind ist er aller Medizin und belächelt sie in jeder Form, ob innerlich oder äufserlich, obwohl Äskulap durch seine privilegierten Jünger und empiristischen Wunderdoktoren seinen ganzen Zorn auf ihn entladet.

Nach Leon tritt der Pinto unter 3 verschiedenen Formen auf, als weifser, roter und blauer Pinto; jeder von diesen hat 4 Perioden, die der Invasion, die der Entwickelung, die der Abschuppung und endlich die der Ulzeration; diese Formen gehen nicht ineinander über, sondern handeln selbständig, stellen mithin 3 verschiedene Krankheitsprozesse dar, welche er, der vox populi zu Gefallen, unter dem Gesamtbegriff „Mal del Pinto“ zusammenfafst. Das Bild, welches Leon über dieses „Mal“ entwirft, läfst sich kurz wie folgt beschreiben:

I. Weifser Pinto. — Pinta alba.

1. Stadium: Weifse, Kreolen, Mestizen, Mulatten, Indier bekommen auf dem Rücken der Hände, im Gesicht etc. bleiche, mattweifse Flecke bei vollkommenem Gesundheitszustand.
2. „ Die Flecken werden markanter, Jucken tritt hinzu.
3. „ Auf den Flecken zeigt sich Abschuppung, schlechter Geruch macht sich bemerkbar, es tritt allgemeine Abmagerung ein (nicht regelmäfsig), sowie Schmerz in den Knochen.
4. „ Die Ulzeration fehlt; die Krankheit hat ihren Abschluſs erlangt, die Patienten genesen, die Flecke aber bleiben.

II. Roter Pinto. — Pinta rubra.

1. Stadium: Geringe rötliche Flecke.
2. „ Jucken an diesen Stellen.
3. „ Abschilferung daselbst.
4. „ Ulzeration und unerträglicher Geruch für viele Jahre.

III. Blauer Pinto. — Pinta caerulea.

1. Stadium: Bläuliche Flecke an den der Sonne ausgesetzten Teilen.
2. „ Färbung intensiver.

3. Stadium: Abschilferung.
4. „ Keine Ulzeration, nie Allgemeinstörung, vollkommene Gesundheit, Färbung bleibt.

Wenn Leon sich von der allgemeinen Volksansicht emanzipiert hätte und nur medizinisch logisch verfahren wäre, so hätte er zu dem Schluſs kommen müssen, daſs diese 3 so geschilderten Krankheitsformen durchaus nichts miteinander zu thun haben und demnach nicht zu einem wissenschaftlichen Ganzen vereint werden können. So aber sucht er ein System zu schaffen für ganz heterogene Dinge und verfällt auf die Idee, eine gemeinsame Ursache für dieselben zu supponieren, nämlich Syphilis oder ein durch die speziell mexikanisch-tropischen Verhältnisse modifiziertes syphilitisches Gift; dieser sonderbaren Auffassung giebt er Ausdruck durch die Bezeichnung „Syphyspyloria thélodermica". Folgerichtig hätten diese Zustände eine frühere allgemeine syphilitische Durchseuchung der gesamten Bevölkerung zur Voraussetzung gehabt, eine Annahme, welcher, abgesehen von anderen Einwänden, jede wissenschaftliche Berechtigung fehlt. Dazu kommt, daſs spätere Forscher und die Mehrzahl der Ärzte, welche Pinto gesehen und beobachtet haben, durchaus nicht an die syphilitische Natur desselben glaubten. Trotz der offenbar problematischen Auffassung des Pintos aber hat Leon durch seine Arbeit viel mehr zur Klärung der Hauptfrage über die merkwürdigen Pintozustände beigetragen, als irgend einer der späteren Pintoforscher, die ihm mehr oder weniger nachgebetet haben und neue Theorien aufstellten, die einer objektiven Beurteilung der Sache hinderlich erscheinen. Der gute Kern der Arbeit Leons liegt im wesentlichen darin, daſs die Krankheitszustände geschildert sind rein objektiv, ohne Rücksicht auf ein eventuell zu schaffendes System, wie dies bei den späteren Arbeiten nur zu deutlich sich manifestiert nach der Maxime „mit Worten läſst sich trefflich streiten, mit Worten ein System bereiten"; ferner wird aus seiner Schrift zur Evidenz klar, daſs weiſser, roter und blauer Pinto ganz verschiedene Krankheitsprozesse sind, die keine gemeinsame Ätiologie haben, endlich, daſs unter diesen Krankheitsformen eine Menge syphilitischer und parasitärer Erkrankungen und anderer Anomalien der Konstitution oder der Haut sich verstecken, welche nur einer sachkundigen Ordnung und Sichtung harrren, um sofort das Nebel- und Trugbild eines spezifischen „Mal del Pinto" zerflieſsen zu lassen.

Wenn Leons Schilderung auf jeden Unbefangenen den Eindruck des Naturwahren und Selbstgesehenen macht, so hat Chassin durch seine Arbeit keine Klarheit in die Sache gebracht, insofern er die 3 Leonschen Krankheitsformen als 4 Stadien ein und derselben Krankheit auffaſst, so daſs Pinto azul das erste und Pinto blanco das Endstadium bezeichnet, während es doch Thatsache ist, daſs Pinto azul nicht in Pinto colorado

übergeht. Der Verfasser der zweiten Arbeit hat sich offenbar an seinem Studiertisch die Sache folgendermafsen zurechtgelegt, um Einheit in die Wirren zu bringen:

Im Unterhautzellgewebe tritt ein chronisch verlaufender Entzündungszustand der Umgebung der kleinsten Blutgefäfse (Kapillaren) ein (warum, sagt er nicht), infolgedessen es zur Ablagerung von blauem Pigment kommt: 1. Stadium; dann zeigt sich ein neuer Reiz, die Nerven werden irritiert, die Entzündung wird akut, Jucken, Schwellung, Abschuppung und eventuell Eiterung tritt ein (die Causa fehlt wiederum): 2. Stadium mit rötlichgelber Verfärbung; endlich folgt eine retrograde Metamorphose, Kapillaren und Gewebe schwinden, die Nerven degenerieren, das Pigment wird resorbiert und die weifsen Flecke persistieren: 3. Stadium (Pinto blanco).

In diesem Raisonnement ist Logik und Pathologie, leider ist es nicht auf den Thatsachen basiert; ferner ist diese einzig dastehende blaue Pigmentierung der Haut, welche mit anderen Pigmentanomalien kaum verglichen werden kann, ein Prozefs, welcher ohne die geringste Alteration des Hautorgans weder in Bezug auf seine Textur, noch seine Sensibilität und Funktion überhaupt verläuft, stetig an Intensität zunimmt und das ganze Leben fortdauert, ohne das Allgemeinbefinden irgendwie in ungünstiger Beziehung zu beeinflussen.

Eine ähnliche Idee von der Einheit des Pinto beherrschte die folgenden Pintoforscher in Mexiko, welche von dem in mancher Hinsicht berechtigten Grundsatz ausgingen, dafs die Bakteriologie das α und ω der medizinischen Wissenschaft bildet; unschwer wird man dann mit dem Pinto fertig, braucht man ja doch nur einen spezifischen Mikroben, ob Bacillus oder Coccus, anzunehmen, respektive zu finden, und alles übrige besorgt dieser dann schon selbst, sogar Logik in das zu diesem Zweck geschaffene System. Überblickt man von diesem Standpunkte die preisgekrönte Schrift des Ruiz y Sandoval über Pinto, so kann man sich dem Eindruck nicht entziehen, als habe derselbe sich nur seinen „Bacillus Hidalgoensis“ geschaffen, um seine Arbeit zu rechtfertigen; in der That bedurfte er desselben, da ohne diesen jene an sich gründliche Abhandlung ohne Herz und Seele war, ein Konvolut von falschen Prämissen und irrigen Konsequenzen.

Nach Ruiz existiert „Mal del Pinto“ als fertiges Ganzes, es entsteht nur die Frage, wie ist es zu erklären. Es ist nach ihm eine Infektionskrankheit mit den für eine solche üblichen Prodromalsymptomen, dem Stadium eruptionis, floritionis, desquamationis, Komplikationen und Konsekutiverscheinungen. Seinen Bacillus entdeckte er im Eruptionsstadium und später. Mit Recht hob die Prüfungs-Kommission der über Pinto eingereichten Konkurrenzarbeiten im Jahre 1874 hervor, dafs die von

Ruiz aufgestellte Ansicht bei einer so sehr chronisch verlaufenden Hautkrankheit nicht berechtigt sei, sowie dafs der qu. Mikrobe sofort und nicht erst im zweiten Stadium der Krankheit nachweisbar sein müsse. Wenn trotzdem die Arbeit den Preis erhielt, so geschah dies, weil sie von sehr viel Fleifs und Studium zeugte, viel Beachtenswertes enthielt und scheinbar einen Fortschritt in der Erkenntnis der unheimlichen und verschlossenen Nationalseuche bildete. An die bacilläre Natur derselben aber glaubten Wenige, aufser den Bakteriophilen, die um jeden Preis ihren Mikroben zu retten suchen und einen Zweifel über die Einheit des „Mal del Pinto" überhaupt nicht aufkommen lassen.

Nach Ruiz y Sandoval, welcher im ganzen Leons und Chassins Ansichten adoptiert hat, verläuft „Mal del Pinto" in folgender Weise:

Bei durch Not und Schmutz, Skrofulose und Syphilis etc. prädisponierten Menschen aller Rassen, jeden Alters und Geschlechts entwickeln sich allmählich anämische Zustände der Haut, matte Entfärbung, dann bläuliche oder rötliche Flecke ohne Störung des Allgemeinbefindens. (1. Stadium.)

Nach diesen Prodromalsymptomen manifestiert sich die „Krankheit an sich"; die Pigmentierung wird markanter, Schuppenbildung, Jucken und übler Geruch entwickeln sich; es folgt dann allgemeine Abgeschlagenheit, Knochenschmerz, Abmagerung, Schlaflosigkeit und Siechthum.

In diesem Stadium, in welchem auch der pathogene Mikrobe entdeckt wurde, bilden die „Unglücklichen eine Qual für sich selbst und einen Abscheu für die Mitmenschen". *Overos.*

Diese Schilderung pafst zum mindesten nicht auf die Mehrzahl der blauen Pintos, welche sich völlig wohl befinden, über ihre Couleur sich gegenseitig verspotten und dieses Geschenk „des Bösen" als etwas Harmloses, wenngleich Unästhetisches hinnehmen.

Die Konsekutiverscheinungen nach Ablauf dieses mehr akuten Zustandes sind nach Ruiz folgende: Die so veränderten Hautgewebe zeigen Tendenz zur fortgesetzten Ulzeration, zur Verdickung — daher der Specialgesichtsausdruck der Pintos, den ich übrigens nie gesehen habe —, successives Absterben der ergriffenen Partien, dauernd bestehende weifse Flecke, womit die Affektion in den meisten Fällen ihren Abschlufs erreicht und die Patienten weiter leben ohne besondere Störungen lokaler, noch allgemeiner Natur.

Diese wissenschaftlicher Schärfe teilweise entbehrende Schilderung und das den Thatsachen nicht ganz entsprechende System ist nicht acceptiert worden und haben daher auch die darauf basierenden Vorschläge zur Ausrottung des Übels bei der Regierung keinen Anklang gefunden, zumal sie, wie die Kanalisierung der Sümpfe, Anpflanzung der kahlen Bergrücken, Wasserleitungen, hygienische Verbesserungen der Dörfer, Städte und einzelnen Wohnungen, Isolierung der nach Hunderttausenden zählenden

„Verfehmten", staatliche Zwangsbehandlung mit zweifelhaften und indifferenten Mitteln wie Merkur, unüberwindliche Schwierigkeiten und enorme Kosten mit sich bringen. Wie soll unter anderem allen den Momenten wirksam begegnet werden, welche nach Ruiz zur Entstehung und Weiterverbreitung des Pintos eine hervorragende Rolle spielen, wie:

1. Temperaturen nicht über 30° und nicht unter 15° Celsius.
2. Höhen nicht unter 1000 Meter,
3. Gebiete vulkanischen Ursprungs,
4. Beimischung von Salzen, Chlornatrium, Chlorkalium, Chlormagnesium, Schwefel zum Trinkwasser,
5. Aufenthalt an salzigen Flüssen und Seen,
6. ein in Billionen vorhandenes Insekt, Jejen genannt, welches die Krankheit übertragen soll, endlich
7. die zunehmende Wärme Mexikos infolge der Abholzung der Wälder!

Die parasitäre Natur des Pinto, wie sie Ruiz als erwiesen ansieht, erscheint im Gegenteil nach allem, was ich und andere über Pinto beobachtet haben, wenigstens für die blaue Form desselben nicht begründet zu sein; denn erstens ist kein Fall von Kontagiosität dieser Form sicher konstatiert, zweitens haben Inokulationen des blauen Pintos an mir selbst und anderen ein negatives Resultat ergeben. Ich gebe zu, daſs für die weiſse, insbesondere aber für die rote Varietät, die ich für parasitär halte, spezifische Mikrobien existieren, die blaue Verfärbung aber hat nichts mit Parasitismus oder Kontagiosität zu thun; trotzdem darf es nicht auffallend erscheinen, wenn auch die Haut der blauen Pintos eine ganze Flora von Mikrobien enthält, habe ich doch selbst im Laboratorium des Dr. Unna in Hamburg die verschiedensten Arten aus Hautschuppen von gesunden und kranken Menschen gezüchtet. Wie viel üppiger mag aber diese Hautflora gedeihen unter dem feuchtwarmen Tropenklima Mexikos auf der Haut der Pintos!

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Moskauer Venerologische und Dermatologische Gesellschaft.

(Originalbericht von Alfred Lanz-Moskau.)

Sitzung vom 29. November 1891.

Dr. Sabolotzky führte einen Kranken mit **tuberkulösen Geschwüren des Rachens und Kehlkopfes** vor, sprach aber zugleich den Wunsch aus, erst in einer der folgenden Sitzungen über denselben eingehender referieren zu dürfen.

Prof. Dr. Pospelow sprach über **Behandlung des Lupus vulgaris mit Kochschem Tuberkulin.** Da dieses Referat in der vorigen Sitzung wegen vorgerückter Zeit verschoben werden mufste, mittlerweile aber bereits im Drucke erschienen ist, bat Referent die Gesellschaft, sich nur auf Auszüge aus seiner Arbeit beschränken zu dürfen. Auf Grund der vom Referenten gemeinsam mit den Doktoren Kracht, Kolomensky, Speransky, Krassnoglasow, Molodenkow und Tschernogubow vorgenommenen Beobachtungen an 12 Kranken, von denen 7 mit Lupus vulgaris behaftet waren, kam Ref. zum Resultat, dafs 1. das Kochsche Tuberkulin kein diagnostisches Mittel, weder für Lupus vulgaris, noch auch für Hauttuberkulose ist, und 2. dafs dasselbe den Lupus vulgaris nicht heilt.

Dr. Speransky sprach über **Diagnose der Syphilis bei Ammen.** Es konnte dem Referenten, als Vorsteher einer der weiblichen Abteilungen des Miassnitzky-Hospitals, nicht entgehen, dafs die Fälle der Ansteckung der Ammen mit Syphilis immer häufiger werden. Auch die fast tägliche Erscheinung extragenitaler Ansteckung von Ammen durch syphilitische Säuglinge veranlafste Referenten nach der Ursache dieser Erscheinung eingehender zu forschen. Die Beobachtung nun, dafs die Mehrzahl der erkrankten und vom Ref. der Gesellschaft vorgestellten Ammen den Asylen für Ammen entnommen waren, und dafs einige von ihnen, die früher ärztlich untersucht und als gesund befunden worden waren, dennoch nach einiger Zeit die Anzeichen frischer Syphilis aufwiesen, führte Referenten zum Schlufs, dafs bei den den Asylen entnommenen Ammen eine Untersuchung derselben, wenn auch durch einen Syphilidologen ausgeführt, nicht genügt, um bisher gesunde Familien vor Einschleppung der Syphilis zu sichern, sondern dafs notwendig auch die Säuglinge der Asyle untersucht werden müssen, ausgehend von der Annahme, dafs gerade die Ammenasyle die Herde der Ansteckung sind. Bald konnte sich Ref. von der Richtigkeit dieser seiner Annahme überzeugen, gelegentlich einer im Auftrage der Medizinal-Verwaltung vorgenommenen Besichtigung der Asyle. Das gänzliche Fehlen offizieller Verzeichnisse der Ammen und Zöglinge, der gröfste Mangel an Reinlichkeit, sowie der Umstand, dafs in denselben Säuglinge von Ammen höchst zweifelhafter Gesundheit, die weder von einem Arzte, noch auch von einer Hebamme vorher untersucht sind, genährt werden, veranlafste Referenten den Wunsch auszusprechen, es mögen diese Anstalten aus den Händen Privater, die meist ihre eigenen pekuniären Vorteile allzusehr in den Vordergrund treten lassen, in die Verwaltung der Stadt übergeführt werden, zumal es letzterer allein möglich ist, mustergültige Ammenasyle auf streng wissenschaftlicher Grundlage ins Leben zu rufen.

Dr. Kracht sprach über die **Wirkung des Dermatols bei Ulcus molle.** Dieses neue von Heinz und Liebrecht im Laboratorium Schlenes dargestellte und von ihnen Dermatol benannte Mittel sollte nach den, seinem Erscheinen vorausgehenden Veröffentlichungen das Jodoform verdrängen, zumal es vor letzterem den

Vorzug völliger Geruchlosigkeit hat. So wurde das Dermatol, welches in den verschiedensten Fällen als Ersatzmittel für das Jodoform verwandt wurde, zuletzt auch zur Behandlung des weichen Schankers empfohlen. Referent hat nun, auf Vorschlag des Prof. Pospelow, in der Klinik desselben genaue Beobachtungen über die Wirkung des Dermatol bei inokulierten weichen Schankern gemacht. Bei diesen seinen Beobachtungen verfuhr Referent meist in der Weise, dafs er an mehreren Kranken die inokulierten Schanker an dem einen Arm mit Dermatol und an dem anderen mit Jodoform behandelte. Im ganzen wurden 12 solche Versuche angestellt. Das Resultat dieser Beobachtungen war, dafs das Dermatol das Jodoform in keinem Falle ersetzen kann, und sogar als ganz indifferentes Mittel gegenüber den Ulcus molle zu betrachten ist. Auch Dr. Tschernoguboff, der zu gleicher Zeit Beobachtungen an Kranken des Miassnitzky-Hospitals anstellte, kam zu dem Resultat, dafs das Dermatol bei Behandlung des Ulcus molle ein zwar unschädliches, aber auch gänzlich wirkungsloses Mittel ist.

Sitzung vom 23. Dezember 1891.

Dr. Caspary führte einen Kranken mit **Psoriasis diffusa recidiva** vor.

Patient, 27 J. alt, Telegraphist, wurde am 24. Nov. 1891 ins Miassnitzky-Hospital aufgenommen.

Nach Aussage des Patienten zeigten sich bei ihm im 13. Lebensjahre zuerst an den Ellenbogen, später aber auch an den Knien schuppende, nicht juckende Stellen, und nach Verlauf eines halben Jahres entwickelten sich rote Flecken, welche sich bald mit weifsen, glänzenden Schuppen bedeckten; nach weiteren 3—4 Wochen war die Haut fast des ganzen Rumpfes und der Extremitäten, mit Ausnahme des Gesichts, der Hände und Fufssohlen, rot und mit Schuppen bedeckt, wobei die Kopfhaut näfste. Der Ausschlag war von starkem Jucken, besonders abends, begleitet. Nach dreiwöchentlichem Gebrauch einer Zinksalbe und warmer Bäder nahm die Haut wieder ihr normales Aussehen an. Nach 6 Jahren zeigte sich wieder am ganzen Körper ein ähnlicher Ausschlag. Die ganze Haut wurde rot und schuppte stark ab. In dieser Zeit bildeten sich an der Dorsalfläche der rechten Hand harte, juckende Erhabenheiten von der Gröfse eines Stecknadelkopfes, welche nach einigen Wochen ohne therapeutisches Eingreifen wieder verschwanden. Unterdessen erschienen an der äufseren Oberfläche beider Unterschenkel Streifen aus flachen, hornartigen, dicht nebeneinander sitzenden Erhöhungen, welche jedoch nach einigen Wochen wieder spurlos zurücktraten. Gleichzeitig bildeten sich Gruppen von Knötchen in der Gegend der Malleolen, sowie auf dem Rücken und an dem inneren Rande der Fufssohlen. Nur diese letzteren hatten sich unverändert bis zum Tage der Demonstration erhalten. Im Oktober 1889 hatte Patient ein Rezidiv der früheren Dermatose, welche der ersten an Form und Ausdehnung ähnlich war und ein halbes Jahr dauerte. Nach vierwöchentlicher Unterbrechung wurde die Haut wieder rot und fing an abzuschuppen; nach einem Monat verschwanden aber wieder alle Erscheinungen. Im Juli 1891 entwickelte sich nach einem abermaligen Rezidiv auf der vorderen Oberfläche des linken Knies eine hornartige Exkretion, welche nach einigen Wochen wieder von selbst abfiel. Im Oktober fingen die Haare an auszufallen, und es erkrankten die Nägel. Zugleich erschien auf demselben Knie eine zweite gröfsere Exkreszenz. Letztgenannte Erscheinungen wies Patient noch bei seinem Eintritt ins Hospital auf.

Der Status praesens vom Tage der Demonstration (den 23. Dezember) ergab folgendes Resultat: Patient ist von mittlerer Statur. Die ganze Hautoberfläche, mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller und Fufssohlen, ist blafsrot, trocken und mehr oder minder bedeckt mit trockenen, weifsen, glänzenden Schuppen, welche am Rumpfe weniger dick sind und weniger fest aufsitzen, als an den Extremitäten. In den

Zwischenräumen zwischen den Schuppen finden sich zerstreut blafsrote, glatte, glänzende, flache Papeln von runder Form und der Gröfse ungefähr einer Linse. Kratzt man die obere Schicht dieser Papeln und festsitzenden Schuppen mit dem Nagel ab, so zeigt sich eine kapilläre Blutung aus den Gefäfsen des Koriums. Die Haut an der vorderen Oberfläche der Unterschenkel erscheint geteilt in glatte, glänzende, rötliche oder weifse Felder von länglich polygonaler Form. Die Haut der Handteller ist hart und mäfsig verdickt. Auf der vorderen und inneren Oberfläche des linken Knies befinden sich 2 hornartige Bildungen, die eine von runder Form und von dunkelbrauner Farbe, ist flach und hat im Durchmesser ungefähr 2 cm; die zweite, nach innen von der ersteren gelegen, ist erbsengrofs und nicht pigmentiert. Diese Exkreszenzen sind nur bei vertikalem und seitlichem Drucke empfindlich. Bei gewaltsamer Entfernung der hornartigen Auflagerungen treten vergröfserte und blutende Papillen zum Vorschein.

Auf der äufseren Oberfläche der Ellenbogengegend des rechten Vorderarmes am Rücken und am inneren Rande des linken Fufses, in der Gegend der Fufssohle und längs der Achillessehne desselben Fufses zeigen sich in Haufen sitzende stecknadelkopfgrofse und gröfsere hornartige Exkreszenzen, die teils stumpf, teils zugespitzt erscheinen, schmutziggelb aussehen und stellenweise durch tiefere Furchen von einander getrennt sind. Fährt man mit der Hand über diese Stellen, so hat man die Empfindung eines groben Reibeisens. Auf dem behaarten Kopfe befinden sich, abgesehen von den Erscheinungen einer Seborrhoe, vereinzelte Schuppen psoriatischen Charakters. Die Haare sind gleichmäfsig und stark ausgefallen, sie sind kurz, dünn, glanzlos, schwach pigmentiert und weich wie Lanugohaare. Auch an den Augenbrauen, am Schnurrbart und an der Regio pubis sind die Haare gelüftet. Sämtliche Nägel sind verändert: abgesehen von Glanzlosigkeit, Mifsfärbung u. s. w. zeigen einzelne Nägel in der Mitte rundliche dunkelbraune Vertiefungen von der Gröfse einer Linse.

Referent wies hin auf die Möglichkeit, vorliegenden Fall hauptsächlich mit Eczema seborrhoicum, Ichthyosis, Lichen ruber und Pityriasis rubra pilaris (Devergie) zu verwechseln, wobei er die wesentlichsten differential-diagnostischen Merkmale dieser Dermatosen anführte und die Diagnose stellte: Psoriasis diffusa recidiva, vereint mit Keratosis circumcripta der Extremitäten.

II. Dr. Tschernoguboff referierte über einen Fall von **seltener Lokalisation des Ulcus molle.**

Im vorliegenden Falle erfolgte die extragenitale Ansteckung unter folgenden Umständen: Ein 27jähriger Mann begab sich, stark betrunken, in ein öffentliches Haus. Hier geriet er mit der Wirtin in Streit und zerschlug alles, was ihm unter die Hände kam. Darauf beging er den Coitus. Er erinnert sich nicht, wie er nach Hause gekommen; am folgenden Morgen aber erblickte er beim Erwachen einzelne Wunden an den Fingern der rechten Hand. Am dritten Tage post coitum bemerkte er auf dem Penis 2 wunde Stellen. Am 6. Tage erschien Patient beim Referenten, welcher am inneren Vorhautblatte unzweifelhafte Ulcera mollia fand. Die Untersuchung der rechten Hand ergab, dafs sich an den verletzten Stellen Ulcera mollia entwickelt hatten, und zwar befand sich ein Geschwür an der inneren Fläche der ersten Phalanx des Zeigefingers und hatte 2 cm im Durchmesser; ein zweites, kleineres, von der Gröfse einer Linse, war auf demselben Finger in der Nähe des Nagels, und ein drittes, 1 cm grofs, auf dem Rücken des Mittelfingers.

III. Dr. Sabolotzki teilte der Gesellschaft seine ferneren Beobachtungen über den Verlauf der **tuberkulösen Rachen- und Kehlkopfgeschwüre** bei dem Kranken, den er in der vorigen Sitzung vorgestellt hatte, mit. Der Fall hatte letal geendet, und

die Sektion hatte Ulcera tuberculosa laryngis et trachease, tuberculosis pulmonum mit Kavernenbildung in beiden Lungenspitzen und Ulcera tuberculosa intestini ilei ergeben.

IV. Dr. Bagdanoff sprach über die **anormale Lage der Ammenasyle in Moskau.** Angesichts der von der Moskauer derm. u. venerol. Gesellsch. angeregten Frage über die Mängel der Moskauer Ammenasyle, ist B. durchaus der Ansicht, dafs genannte Asyle einer Reorganisation bedürfen, und will sich Referent, als Leiter und Inhaber eines solchen Asyls, mit den Mitgliedern der Gesellschaft über die Gesichtspunkte, welche er sich in dieser Frage aufgestellt hat, verständigen. Nach den Worten des Referent bestehen die Ammenasyle in Moskau erst seit 30—40 Jahren. In früherer Zeit seien die Strafse und das Findelhaus die Bezugsquellen für Ammen gewesen. Direkt von der Strafse seien dieselben, nur von einer Hebamme vorher auf die Güte der Milch untersucht, in die Häuser genommen worden. Erst nachdem durch Beobachtungen festgestellt war, dafs von solchen Ammen genährte Kinder erkrankten, um mit dem Verbote seitens des Findelhauses Ammen an Privatpersonen abzulassen, sei das Bedürfnis nach Ammenasylen eingetreten. Zuerst hätten nur Ärzte solche Asyle eröffnet, später aber auch Hebammen, und sogar ganz ungebildete Frauen. Infolge Mangels jeglicher Kontrolle habe sich dann mit der Zeit ein ganz unmöglicher hygienischer und sanitärer Zustand in diese Asyle hineingeschlichen. Diese anormale Lage der Asyle sei aber auch dadurch bedingt, dafs das Moskauer Publikum sich daran gewöhnt hat, sie nur als reine Privatunternehmen, ohne jede soziale Bedeutung, anzusehen; und doch seien sie gerade die Herde für die Übertragung der Syphilis in gesunde Familien. Mit grofser Freude müsse man es daher begrüfsen, dafs die Moskauer Medizinal-Verwaltung ein Projekt für die Umgestaltung der Ammenasyle ausgearbeitet und es der Moskauer vener. und dermat. Gesellsch. zur Durchsicht übergeben hat. Nun würde es aber durch strenge Gesetze und strenge Kontrolle den gegenwärtigen Inhaberinnen solcher Asyle infolge gröfserer Kosten unmöglich gemacht, sie noch weiter bestehen zu lassen. Und doch müsse der Gefahr des gänzlichen Verschwindens derselben durchaus vorgebeugt werden. Daher, meint Referent, sei es Sache der Stadtverwaltung, Ammenasyle zu gründen und diese allen gerechten Anforderungen entsprechend zu leiten. Sie würde dadurch den Bewohnern Moskaus einen wesentlichen Dienst leisten und gewifs reichen Dank ernten.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 28. Januar 1892.

(*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 144 ff.)

Ch. E. Quinquaud stellt eine Kranke mit **Pemphigus foliaceus** und **allgemeiner Papillomatose** vor. Die Krankheit begann vor mehreren Jahren mit Störung der Nierenthätigkeit und allgemeinem Anasarka. Dann traten, während der Dauer von 8 Tagen, unter unerträglichem Brennen, am ganzen Körper Blasen auf, die sich später nie wieder gezeigt haben; es folgte das 2 Jahre lang dauernde Stadium der Abschuppung (Exfoliatio); und jetzt befindet sich die ganze Haut im Zustande der Papillomatose. Qu. behält sich eine eingehende Arbeit über diesen Fall vor. — E. Besnier knüpft an diesen Vortrag eine etwas längere Besprechung, in der er namentlich auf die ungleichmäfsige Dauer des bullösen Stadiums hinweist und die Beziehungen der Hydrodermie zur Keratodermie erörtert. Die Engländer leugnen einen derartigen Zusammenhang und schoben die Papillomatose dem lange fortgesetzten Arsenikgebrauch zu. B. hat die Richtigkeit dieser Auffassung früher immer bestritten, hat sich aber jetzt doch überzeugt, dafs sehr viel wahres daran sei und führt diesbezügliche Erfahrungen an. Der verhältnismäfsig günstige Verlauf und das

regelmäfsige Freibleiben der Mund- und Rachenschleimhaut unterscheide den Pemphigus foliaceus vom eigentlichen Pemphigus.

Hallopeau und Watelet stellen ein Kind von 8 Tagen vor, dessen Krankheit sie als **abgeschwächte Ichthyosis foetalis** bezeichnen, da es die Hauptsymptome dieses Leidens: Ektropium, Spalten und Risse in der Epidermis, Abschilferung derselben in grofsen Fetzen, Röte der darunter liegenden Haut u. s. w. u. s. w., aufweist. In der sich an diese Vorstellung schliefsenden Besprechung gehen die Meinungen ziemlich auseinander.

Djélaleddin Moukhtar bespricht zwei Fälle von **Trichophytiasis** der **Palma manus**, bezw. der **Planta pedis**. Fournier macht auf die Ähnlichkeit dieser Formen mit Syphilis aufmerksam und berichtet von einem ähnlichen Fall, den sich sein Träger in Südamerika geholt hatte. Daselbst sei der Sitz der Trichophytiasis an den verhornten Stellen der Epidermis nicht so selten wie in Europa.

L. Jullien weifs von drei weiteren Fällen von **Phthiriasis palpebrarum** zu berichten, die ihm von Dr. Dèvs in Reims mitgeteilt wurden. In dem einen Fall machten sich die Läuse im Anfang durch Konjunktivitis, Lichtscheu, Schmerz bemerkbar.

Morel-Lavallée erörtert die Frage, ob nicht die späteren Lokalisationen der Syphilis durch die Natur, die Beschaffenheit des ansteckenden Schankers bestimmt sein könnten. W. M. B. Goldsmith hat zuerst hierher gehörige Fälle veröffentlicht, und M.-L. selber hat 1889 in einer Abhandlung (*Syphilis et Paralysie générale*, Paris) folgenden Fall bekannt gegeben: Ein Mädchen steckt nacheinander 5 Männer, vier Studenten, einen Polytechniker, an. Diese 5 Männer gehen innerhalb 3—19 Jahren zu Grunde, und zwar drei an Dementia paralytica, zwei an Gehirnsyphilis. Das Mädchen bleibt gesund, heirathet schliefslich und hat ein kräftiges Kind. Ferner verweist M.-L. auf die Statistik, wonach sich unter den Paralytikern viel mehr Syphilitische befinden als unter den andern Geisteskranken, und nimmt auf einen weitern, schon anderwärts besprochenen Fall Bezug, wo von den drei Kindern einer nervös degenerierten Familie gerade dasjenige paralytisch zu Grunde ging, das sich infiziert hatte. — Barthélemy betont demgegenüber, dafs sich der Verlauf der Syphilis wohl immer nach der Beschaffenheit des erkrankten Individuums richte, eine Ansicht, die auch von Jullien geteilt wird; wenigstens liefsen sich der Erfahrung von M.-L. tausend gegenteilige gegenüberstellen. — Fournier hält die Frage noch nicht für spruchreif und schlägt vor, die weitere Besprechung auf eine Sitzung vor Ostern zu vertagen.

J. Eraud erzählt den seltenen Fall einer **Epididymitis blennorrhoica suppurativa** mit chemischen und bakteriologischen Untersuchungen des entleerten Eiters. Die Eiterung bezog sich und bezieht sich wohl immer nur auf die Tunica vaginalis; eine primäre Vereiterung des Hodenparenchyms infolge von Gonorrhoe scheint nicht vorzukommen. Derselbe Mikrobe ist wahrscheinlich der Urheber der Orchitis gonnorrhoica simplex und suppurativa und scheint identisch mit dem Staphylococcus urethralis zu sein, der in der gesunden Harnröhre vorkommt.

Barthélemy, der schon früher die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von **Drüsenschwellungen bei Zoster** gelenkt hatte, erzählt einen neuen derartigen Fall, in dem ebenfalls die Drüsenschwellung vor dem Ausschlag vorhanden war. Er stellt die Vermutung auf, es handele sich beim Zoster um eine Erkrankung, die mit den Nerven gleichzeitig auch das Lymphsystem treffe. — G. Baudoin erwähnt aus dem Gedächtnis noch zweier hierhergehöriger Fälle.

Bezugnehmend auf die Veielsche Veröffentlichung giebt Petrini die ausführliche Krankengeschichte einer Frau, die nach wenigen Gramm **Antipyrin einen pemphigusartigen Ausschlag** über den ganzen Körper bekam.

Sitzung vom 11. Februar 1892.

(*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 176 ff.)

Bar bringt die Wachsnachbildung einer **Ichthyosis foetalis**. Es knüpft sich daran eine längere Besprechung, in der Hallopeau die Diagnose Ichthyosis foetalis auch für seinen, in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall in Anspruch nimmt, während andererseits von Barthélemy, Vidal, Bar die syphilitische Natur derartiger kongenitaler Leiden betont wird.

Vidal knüpft an die Vorstellung eines Falles von **Trichophytiasis der Planta Pedis** aus der vorigen Sitzung an und analysiert einige im *Atlas international des maladies rares de la peau* von Mansuroff mitgeteilte Fälle, für die er die gleiche Diagnose aufstellt; die Abweichungen des mikroskopischen Befundes in diesen Fällen ist er eher geneigt dem ungewohnten Boden, auf dem sich das Trichophyton entwickelte, als etwaigen Varietäten desselben zuzuschreiben. Ihm schliefst sich Hallopeau an, während Darier die Möglichkeit verschiedener Varietäten offen läfst. — Jullien: Derartige Fälle sind gar so selten nicht.

Du Castel führt einen Mann vor, der gleichzeitig mit **Vitiligo und Leukoplasie** der Mundschleimhaut behaftet ist. Da beide Abnormitäten in früher Jugend entstanden sind, die Leukoplasie also nicht durch starkes Rauchen erklärt werden kann, so glaubt Verfasser einen ursächlichen Zusammenhang zwischen letzterer und der Vitiligo annehmen zu dürfen. — Ferner stellt er einen jungen Menschen vor, bei dem es nach drei Einspritzungen mit Kochscher L y m p h e ebenfalls zur Entwickelung von V i t i l i g o kam.

An die Vorführung eines 15jährigen, in der Entwickelung stark zurückgebliebenen Mädchens mit **örtlicher Asphyxie der Extremitäten** knüpft Legroux einige Bemerkungen über den Zusammenhang von Frostbeulen mit Asphyxie und symmetrischer Gangrän. Das Mädchen stammte aus einer schwindsüchtigen Familie und litt jahrelang an Frost, hatte auch einen Ansatz von Malum Pottii. Gestützt auf diese und eine weitere Krankengeschichte, sowie auf die Mitteilungen anderer Forscher glaubt L. zur Annahme eines derartigen Zusammenhangs berechtigt zu sein. Ihm widerspricht Verchère, der in dem vorgeführten Fall ein Beispiel von Morvanscher Krankheit erblickt und das des Weitern ausführt. Dem tritt wieder Thibierge entgegen. — Nach Vidal bedarf es für den von Legroux behaupteten Zusammenhang noch besserer Beweise.

E. Besnier teilt zwei ausführliche Krankengeschichten von **Pemphigus foliaceus** mit und knüpft daran einige klinische Bemerkungen.

E. Besnier stellt einen Kranken vor, der noch vor wenigen Tagen am ganzen Körper mit **grofsen syphilitischen Geschwüren** s e k u n d ä r e r N a t u r bedeckt gewesen war, die eine ausgiebige Hg-Behandlung nicht zum Schwinden bringen konnte. B. betont, dafs bei derartigen schweren Formen frühzeitiger Syphilis Quecksilber allein, zumal in grofsen Gaben, eher schädlich wirke; es sei auch eine äufserliche Behandlung der Geschwüre erforderlich.

H. Hallopeau stellt einen typischen Fall von **Lupus erythematosus** vor, bei dem es aber nicht zu Atrophie der befallenen Hautteile kommt, vielmehr bilden sich in den Plaques auf den Wangen kleine wuchernde Knötchen.

Jullien stellt eine 26jährige Puella mit **Tuberkulose ausschliefslich des Kehlkopfes** vor. — E. Besnier empfiehlt für diesen Fall Ätzung der einzelnen Geschwüre mit Milchsäure.

L. Jacquet stellt einen Kranken mit **Rhinosklerom** vor. Den Bacillus Frisch konnte er in der Neubildung nicht nachweisen, wohl aber den Streptococcus pyogenes aureus. — Vidal ist der Ansicht, dafs der Tumor tuberkulöser Natur sei.

Hudelo stellt einen Mann vor, der **seit 6 Monaten syphilitisch ist**; derselbe

hat Gummata auf beiden Iris, ein Pigmentsyphilid am Hals und stellenweisen Haarschwund. Ferner eine 19jährige syphilitische Frau, bei der sich das **Pigmentsyphilid** nicht wie gewöhnlich auf den Hals beschränkt, sondern die ganze Vorderfläche des Körpers, bis zur Mitte der Oberschenkel einnimmt. Aufserdem macht sich eine schon früher vorhandene Hysterie seit Bestehen der Syphilis durch häufigere Krampfanfälle bemerkbar. *Türkheim-Hamburg.*

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

3. jährliche Zusammenkunft 1892.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

1. Sitzung, 21. April.

Am 21. April begann im Hôpital Saint-Louis die dritte April-Zusammenkunft, die sich über 3 Sitzungen hinzog und gewissermafsen einen kleinen französischen Kongrefs bildete, an dem auch eine nicht unbedeutende Anzahl von Dermatologen der Provinz sich beteiligte. Jede Sitzung zerfiel in zwei Abschnitte; der erste wurde mit Krankenvorstellungen ausgefüllt, der zweite mit Vorträgen, an die sich eine Besprechung knüpfte.

1. Teil.

Jacquet stellt eine Reihe von Fällen mit **Lichen planus** vor, die er erfolgreich mit seinem bekannten hydrotherapeutischen Verfahren behandelt hat. Dieser Vorstellung kommt, abgesehen von dem rein therapeutischen Interesse, noch eine weit höhere Bedeutung zu, da sie das Ergebnis zahlreicher, wertvoller Arbeiten von Jacquet bildet, in denen er den Zusammenhang zwischen dem Nervensystem und den Exanthemen der Dermatoneurosen nachweist. Die hier in Frage kommenden Ausschläge sind nämlich seiner Ansicht nach meistens nur Kratzwirkungen; der Pruritus, der das Kratzen veranlafst, ist das Primäre, die eigentliche Hautkrankheit. Verhindert man den Kranken am Kratzen, wie man das z. B. bei der Urticaria durch Anlegung eines abschliefsenden Verbandes leicht kann, oder bekämpft man den Juckreiz beim Lichen planus mittelst der hydrotherapeutischen Behandlung, so wird man in diesen beiden Fällen den Ausschlag zum Verschwinden bringen.

Hallopeau: **Spätes Erscheinen der Lepra.** Ein Lepröser zeigte die ersten Symptome der Krankheit im Jahre 1887, 32 Jahre nach einem 16monatlichen Aufenthalt auf Martinique; an einem anderen leprösen Ort hat er nie gelebt. Eine solch' lange Latenz von 32jähriger Dauer ist noch bei keiner anderen Infektionskrankheit beobachtet. Derartige Fälle sollten uns eine Lehre sein, nur mit gröfster Vorsicht über die Übertragbarkeit der Lepra in denjenigen Ländern, die jetzt noch frei von der Seuche sind, zu urteilen. Auch dem Rotz, und sehr wahrscheinlich auch der Tuberkulose, ist eine lange Latenz zu eigen.

E. Besnier: **Über einen Fall von Lupus scarlatiniformis seu exanthematicus generalisatus.** Es handelt sich hier um eine äufserst seltene Hautkrankheit aus dem Gebiet der nicht klassifizierten (non classées) Erythrodermien. Die Mitteilung Besniers ist geradezu klassisch; er erörtert in geistvollster Weise alle pathologischen Gesichtspunkte, die ein solcher Fall bietet. Durch eine flüchtige Analyse würde ich dieser Arbeit nicht gerecht werden, ich beschränke mich an dieser Stelle daher darauf, den Leser auf dieselbe aufmerksam zu machen und ihn dringend zu bitten, sie in den *Annales de Dermatologie* nachzulesen.

2. Teil. Mitteilungen.

R. Sabouzaud (Schüler des Pasteurschen Instituts): **Chemische Bakteriologie der Farcinose.** Verfasser, der sich durch seine ebenso kurze wie gediegene Abhandlung über den Bacillus Lustgarten in der Märznummer der *Annales de l'Institut Pasteur*

bereits einen Namen gemacht hat, stellt einen Fall von Farcinose des Gesichts vor, der von der Besnierschen Klinik stammt, und liefert gleichzeitig den bakteriologischen Beweis für diese Diagnose.

Nach dem Vorgang von Strauss wurden die Impfungen in das Peritoneum von Meerschweinchen vorgenommen. Schon am dritten Tage zeigte sich die charakteristische Orchitis, die sich immer einzustellen pflegt. — Wie man sieht, ist dies die beste Impfungsweise, die auch die am meisten verwendbaren Ergebnisse liefert.

Der Eiter der Orchitis giebt fast immer unreine Kulturen, die sich aber durch fortgesetztes Kultivieren leicht reinigen lassen. Die reinen Kulturen auf Kartoffeln haben eine charakteristische Färbung. Sie wurden dadurch erhalten, dafs ein zweites Meerschweinchen subkutan mit Drüseninhalt geimpft wurde, der vom erstgeimpften Meerschweinchen aus einer der Impfstelle benachbarten Drüse stammte.

Auch die Untersuchungen des vom Meerschweinchen herrührenden Vaginaleiters und die nach den Angaben von Löffler, sowie von Kühne hergestellten Kulturen liefsen den charakteristischen Bacillus leicht erkennen.

Die genannten Methoden eignen sich am besten für ein Krankenhaus, in dem man nicht über das grofse Material der bakteriologischen Laboratorien verfügt. Sie reichen aus, um für einen Fall von Farcinose die drei notwendigen Beweisstücke zu liefern: die erfolgreichen Impfungen, die Reinkulturen und den Nachweis des Bacillus selber.

Burlureaux: **Bemerkungen zur subkutanen Einspritzung von Sublimatöl.** Verfasser hat gefunden, dafs Sublimat in verhältnismäfsig grofsen Mengen vertragen wird, wenn man es, wie er das mit seinen berühmt gewordenen Kreosoteinspritzungen gethan hat, mit grofsen Mengen Öl injiziert. Der Schmerz ist gering, wenn auch die Hautstellen lange sichtbar blieben. Nur hat man bei dieser Anwendungsweise des Sublimats abseiten der Nieren auf der Hut zu sein.

Dubreuilh (Bordeaux): **Hydradenitis suppurativa.** Diese Mitteilung ist von besonderer Wichtigkeit, da sie den bemerkenswerten Fällen, die Barthélemy 1891 als Acnitis und Folliclis beschrieben hat, ein neues Interesse verleiht. Mit dieser Frage beschäftigen sich mehrere neuere Untersuchungen, einmal die Arbeiten von Pollitzer aus dem Januar 1892 unter dem Namen Hydradenitis destruens suppurativa, und dann die von Lukasiewicz unter dem Namen Folliculitis exulcerans aus der Klinik von Kaposi.

Diese verschiedenen Arbeiten beziehen sich höchstwahrscheinlich auf die nämliche, aber unter allerlei wechselnden Formen auftretende Krankheit. Vielleicht ist dieselbe schon in der Verneuilschen Arbeit über Hydradenitis aus dem Jahre 1864 beschrieben, wie Pollitzer meint, auf jeden Fall aber hat Brocq die objektiven Symptome derselben eingehend geschildert. In seinem Buch, Die Therapie der Hautkrankheiten, 1. Ausgabe 1890, S. 318, findet sich ein Kapitel mit der Überschrift: „Folliculites disséminées symmétriques des parties glabres à tendance cicatricielle". An jener Stelle spricht Brocq die Vermutung aus, dafs diese Krankheit sich auf Kosten der Schweifsdrüsen entwickle.

Dubreuilh weist nun auf die verhältnismäfsige Übereinstimmung der verschiedenen Beschreibungen hin und bestätigt durch seine histologischen Untersuchungen die Ansicht Pollitzers, dafs die Entzündung ihren Sitz in den Schweifsdrüsen habe. In der That beschränkt sich dieselbe auf die Schweifsdrüsen und verdient die Bezeichnung „Hydradenitis suppurativa".

2. Sitzung, 22. April 1892.

1. Teil. Krankenvorstellung.

Besnier: **Eine Mischform von Syphilom und Lupus. Skrofulo-Syphilis.** Es handelte sich um eine Frau, die im März 1892 auf die Besniersche Klinik zur

Aufnahme kam mit einem Geschwür der ganzen Oberlippe, welches bereits auf den unteren Teil der Nasenscheidewand und die linke Nasenhälfte übergegriffen hatte. Das Geschwür war stark zerklüftet, mit unebenem Grunde, aufgeworfenen Rändern und überreicher Absonderung. Keine grünlichen Krusten, wie bei den normalen Syphiliden. Den Rotz mufste man sofort ausschliefsen; ebenso durften wir die Tuberkulose ausschliefsen, da keines der gewöhnlichen Symptome des Lupus vorhanden war, auch keine einzelnen, versprengten Tuberkel, wie es sonst wohl die Regel ist. Aufserdem bestand das Geschwür erst seit einigen Wochen, so dafs auch die grofse Ausdehnung gegen seine tuberkulöse Natur sprach. Blieb noch die Syphilis nach; aber hier liefs die Anamnese vollkommen in Stich, nichts, was sich als ein ehemaliger Schanker hätte deuten lassen! Nur eine Fehlgeburt im Jahre 1882. Im Gegenteil, verschiedene Umstände, auf die ich noch zurückkommen werde, sprachen eher gegen die Diagnose Syphilis. Trotzdem unterwarf Besnier die Kranke einer innerlichen, antisyphilitischen Behandlung und erreichte in kurzer Zeit fast völlige Heilung; augenblicklich ist nur noch eine geringfügige Ulceration vorhanden. Die Diagnose Syphilis war also doch die richtige. Aber handelte es sich um diese allein? war das Geschwür nicht zugleich auch tuberkulös? Wenigstens die Anamnese der Patientin deutete daraufhin.

Vor mehreren Jahren hatte sie Blutspeien und eine Erkrankung des rechten Knies, so dafs ein Pariser Chirurge damals einen umfangreichen Eingriff vornehmen mufste. Am 27. Dezember 1890 ging sie wegen ähnlicher Geschwüre, die sie zu Besnier führten, in ein Krankenhaus der Provinz. Damals wurde eine lupöse Hauttuberkulose diagnostiziert. Der Bacillus Koch wurde gefunden und die Kranke fünfmal mit Kochscher Lymphe eingespritzt. Bei der vorletzten Einspritzung trat eine recht starke allgemeine und örtliche Reaktion auf. Daraufhin wurde das Geschwür mit Skarifikationen und Auskratzen behandelt und in 11 Monaten völlige Heilung erzielt.

Man sieht, wie schwer im vorliegenden Fall eine genaue Diagnose war. Besnier ist überzeugt, dafs man im Jahre 1890 mit einer antisyphilitischen Behandlung viel schneller Erfolg gehabt hätte; er meint, dafs sogar die Operation des Knies nicht nötig gewesen wäre.

Besnier zieht aus diesem Fall die Lehre, dafs man allemal versuchsweise eine antisyphilitische Kur einleiten solle, wo man die Hautkrankheit nicht bestimmt diagnostizieren kann, selbst dann, wenn die Anamnese Syphilis auszuschliefsen scheint. Denn man soll immer daran denken, dafs neben den zweifellos Syphilitischen, deren Lues man bis zu ihrem Ursprung verfolgen kann und deren Syphilide leicht erkennbar sind, auch noch andere Patienten vorkommen, die, wenigstens anscheinend, niemals einen Schanker oder sonstige unzweideutige Symptome hatten und die dann plötzlich an tertiären, atypischen Formen erkranken, Formen, die wegen ihres schnellen und ungewohnten Verlaufs schwer zu diagnostizieren sind. Bei solchen Kranken ist die Syphilis fast jedesmal unbeachtet geblieben, weil die Symptome so geringfügige waren; oder aber es handelte sich um Syphilis hereditaria tardiva, vielleicht gar um konzeptionelle Syphilis.

Hallopeau: **Polydactylitis suppurativa mit vereinzelten Schüben und Dystrophie der Nägel.** Hallopeau selber hat das folgende Referat geliefert: „Derartige Fälle lehren, dafs die Eiterkokken bei geeigneten Personen eine eiterige Entzündung der Fingerspitzen und Handflächen hervorrufen können. Diese Entzündung besitzt verschiedene Eigentümlichkeiten: Sie kann sich ins Unendliche hinziehen; die einzelnen Schübe, Anfälle dauern nur kurze Zeit; die erkrankten Teile haben ein eigenartiges Aussehen; es kommt zu einem leichten Grad von Sklerodermie, und

endlich werden die Nägel infolge der Entzündung atrophisch. Hand in Hand damit kommt eine ausgebreitete pustulöse Dermatitis vor, und auch die Wangenschleimhaut kann in ähnlicher Weise erkranken. Dieser Hautausschlag kommt entweder dadurch zu stande, dafs Mikrobien in die Haut eindringen, oder dafs die von den Eiterkokken in den Fingerspitzen erzeugten Gifte in den Kreislauf gelangen. Von dem Ekzem, mit dem sie häufig verwechselt wurde, ist diese Dermatose aber zu unterscheiden."

Hallopeau: **Über Blasenbildung in den Narben variköser Geschwüre.** Diese Fälle können als Stütze für die Ansicht herangezogen werden, dafs den varikösen Geschwüren trophische Störungen zu Grunde liegen.

2. Teil. Mitteilungen.

Dubreuilh (Bordeaux): **Über Haarentfernung auf elektrolytischem Wege.** Aus der Besprechung, die Besnier und Brocq an diesen Vortrag knüpften, geht hervor, dafs die Elektrolyse nur in sehr geübten Händen ein gutes Mittel zur Entfernung von Haaren abgiebt, da andernteils recht entstellende Narben zurückbleiben können. Man mufs sich auf das Gewissenhafteste an die von Brocq aufgestellten Regeln halten. Die wichtigsten Vorschriften sind folgende: Man soll in einer Sitzung nur wenige Haare operieren; man soll immer recht weit voneinander stehende Haare wählen; man soll nicht zu schnell vorgehen, sich Zeit lassen. Auch soll man nicht zu frühzeitig von einer Heilung sprechen, vielmehr auf Enttäuschungen gefafst sein. Um einen Bart völlig zu entfernen, mufs man, einschliefslich Heilung, mindestens auf 2 Jahre rechnen; für die Oberlippe oder das Kinn allein genügen 4, bezw. 6 Monate. Dubreuilh meint, wenn man sich nach der ersten Sitzung überzeugt, dafs es bei dem Patienten nicht zu schlimmen Narben kommen wird, so dürfe man wohl etwas schneller, aber immer nur mit der äufsersten Sorgfalt vorgehen.

Dubreuilh et Sabrazès (Bordeaux): **Über Herpes circinatus favicus.** Der Favus circinatus — welche Bezeichnung an Stelle des ungenauen Ausdrucks Herpes circinatus favicus treten könnte — tritt sowohl ursprünglich auf wie auch bei Leuten, die bereits an Kopfgrind leiden. Im ersteren Fall kann die Diagnose sehr schwierig sein; im allgemeinen erscheinen jedoch die einzelnen Plaques weniger ausgeprägt als beim Trichophyton; auch sind die einzelnen Bestandteile des Ausschlags, die Vesikeln, Krusten und Schuppen deutlicher im Centrum als an der Peripherie. In den wenigen Fällen, die Dubreuilh untersucht hat, fand er eine eigenartige Anordnung des Parasiten, verschieden von derjenigen bei Trichophytiasis der Epidermis; möglicherweise ist dieselbe pathognomonisch.

Bei der Trichophytiasis der Haut ist der Parasit im allgemeinen spärlich und besteht aus langen, wenig verzweigten und wenigen gekrümmten oder geteilten Fäden, so dafs man keine Sporenhaufen vorfindet. Beim Favus circinatus dagegen kommt er in dichten Haufen vor. Gewöhnlich ist er recht zahlreich vertreten, und hier und da stöfst man auch auf Haufen stark verzweigter und gewundener Fäden, die ein dickes Netzwerk bilden. Die Fäden sind meist in kurzen Abständen durchschnitten, oder bestehen aus Ketten ungleich grofser Sporen. Es kommen sogar auch Haufen freier Sporen zur Beobachtung. An der Peripherie strahlen die Fäden, indem sie sich verzweigen, nach allen Richtungen aus. Solche parasitäre Herde finden sich am häufigsten in der Umgebung eines Haarfollikels, der selber von ihnen infiltriert ist, und man kann sie als die **Keimanlagen (ébauches de godet)** betrachten. In der That stöfst man auf alle Zwischenstufen zwischen diesen mikroskopischen Haufen und den bereits mit bloſsem Auge erkennbaren Sprofsen (godet). — Die nämliche Anordnung des Parasiten findet sich beim Favus circinatus, der nach Impfung von Kulturen entsteht, und in den Schuppen des Favus capitis squamosus et pityriasicus.

Besnier weist darauf hin, dafs in seltenen Fällen die **Sykosis** des Bartes durch

Favus bedingt sein könne. In diesen Fällen ist die Entzündung zuerst ganz oberflächlich, wie beim Favus circinatus der Haut; viel später erst greift der Achorion auch die Haare an.

Arnozan (Bordeaux): **Folliculitis depilans der unbehaarten Teile.** Der Vortragende teilt zwei Beobachtungen mit, deren Inhalt kurz folgender ist: Flächenweis auftretende Folliculitis, die allmählich Haare und Follikel einer Gegend zerstört und sich centrifugal ausdehnt, derart, dafs sie grofse, enthaarte Flächen bildet, die von einem Kranz von Papeln-Pusteln umgeben sind. In den beiden Fällen war der Ausschlag symmetrisch, auf die Unterextremitäten beschränkt und dauerte sehr lange (8 Jahre).

Beclère: **Über Rheumatismus blennorrhoicus der Kindheit.** Trotzdem die gebräuchlichen Handbücher und die Monographien über den Rheumatismus blennorrhoicus sein Vorkommen in der Jugend gar nicht erwähnen, hat B. doch in nicht ganz Einem Jahr zwei derartige Fälle gesehen, und zwar bei zwei Mädchen von 20 Monaten, beziehungsweise 5½ Jahren. In ersterem Fall dürfte die Ätiologie am meisten interessieren. Das kleine Kind litt an einer nicht venerischen Vulvo-Vaginitis; es schlief nämlich Nacht für Nacht bei seiner gonorrhoisch erkrankten Mutter. — Beclère kommt in seiner Arbeit zu dem Schlufs, dafs der Rheumatismus gonorrhoicus bei Kindern vorkommt und dreierlei Quellen haben kann: die Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum, die Vulvo-Vaginitis gonorrhoica infolge unsittlicher Angriffe, die Vulvo-Vaginitis blennorhagica, die durch zufällige, nicht venerische, Ansteckung, meistens in der Familie, zu stande kommt. Letztere ist vielleicht die häufigste Ursache.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Hamburger ärztlicher Verein.

(Sitzung vom 17. Mai 1892.)

Herr Unna demonstriert die **Unterschiede zwischen der Impetigopustel und dem Ekzembläschen** (Impetigo Willan). Autoreferat. Während die Impetigopustel stets dieselbe Struktur aufweist, nämlich die eines direkt unter der Hornschicht liegenden Eitertropfens, ist das Ekzembläschen eine viel polymorphere Bildung. Obwohl, wenn vorhanden, charakteristisch für das Ekzem, ist das Bläschen keineswegs die gewöhnliche Primäreffloreszenz, wie es nach den Lehren der Wiener Schule angenommen wird. Andere Primäreffloreszenzen, vor allem mit Schuppen und Krusten bedeckte, flache, papulöse Erhebungen sind viel häufiger, und aus diesen kann sich das Bläschen auf verschiedene Weise entwickeln. Nur eine Form ist der staphylogenen Impetigo so ähnlich, dafs sie leicht mit derselben verwechselt werden kann und auch oft mit derselben verwechselt wird, es ist das diejenige Ekzemform welche Willan s. Z. „Impetigo sparsa“ nannte. Gelegentlich seines Vortrages über Impetigo hat Herr Unna die klinischen Differenzen der Willanschen Impetigo, d. i. einer Form des heutigen Bläschenekzems und der heutigen oder Bockhartschen Impetigo erläutert, welch' letztere durch das Eindringen der Staphylokokken unter die Hornschicht erzeugt wird. Histologisch finden sich ebenso starke Differenzen vor, aber auch eine gewisse Analogie beider Bildungen. Letztere bestehen darin, dafs dieses Ekzembläschen einen unter der Hornschicht gelagerten eiterigen Tropfen darstellt, welcher durch das Eindringen der maulbeerförmigen Kokkenhaufen des Eczemcoccus unter die Hornschicht erzeugt wird. Die augenfälligen Differenzen sind hauptsächlich folgende:

Impetigo.	Ekzembläschen.
1. Inhalt des Bläschens rein eiterig.	1. Inhalt des Bläschens serös-eiterig.
2. Inhalt schwer beweglich. Die massenhaft angelockten Eiterzellen halten die Kokken unter der Bläschendecke fest.	2. Inhalt dünnflüssig. Die Kokken verteilen sich von Anfang an gleichmäfsig in den Bläschen.
3. Die Hornschicht über dem Bläschen ist unverändert.	3. Die Hornschicht ist stellenweise erweicht.
4. Die Decke des Bläschens ist vom Inhalt desselben stets scharf abgesetzt.	4. Die Decke des Bläschens geht im Centrum aufgelockert in den Bläscheninhalt über.
5. Die in und unter der Decke befindlichen Kokken bilden Reihen und **traubenförmige Herde.**	5. Die in und unter der Decke befindlichen Kokken bilden **Doppelkokken und maulbeerförmige Herde.**
6. Im Bläschen sind die Kokken flach zwischen Hornschicht und Eitertropfen ausgebreitet und wandern von hier aus radienförmig in denselben ein.	6. Im Bläschen sind die Kokken in völlig getrennten Haufen und besonders auch an der ganzen Peripherie verteilt.
7. Die Staphylokokken liegen stets extrazellular.	7. Die Morokokken des Ekzems liegen teils frei, teils in Leukozyten (gonokokkenähnlich).
8 Die Staphylokokken sind von annähernd gleicher Gröfse. Ihr Durchmesser schwankt zwischen $^3/_8$—1 μ.	8. Die Morokokken sind im Ekzembläschen von äufserst variabler Gröfse, $^1/_2$—$1^1/_2$ μ. Selbst die Teile eines Diplococcus differieren oft an Gröfse erheblich.
9. Die Staphylokokken sind in den Haufen dicht zusammengedrängt; die Haufen haben kein regelmäfsiges Korn.	9. Die Morokokken sind in den Haufen durch helle Säume geschieden; die Haufen besitzen ein regelmäfsiges Korn.

Herr Unna macht darauf aufmerksam, dafs diese Eigenheiten des Ekzembläschens in ganz gleicher Weise an den von ihm demonstrierten spontanen und durch Einimpfung der Morokokken artifiziell erzeugten Ekzembläschen zu Tage treten. Besonders wichtig ist das verschiedene Verhalten der Staphylokokken und Morokokken gegenüber den Leukocyten: manche Angaben über „Staphylokokken in Leukocyten" von der menschlichen Haut mögen auf Morokokken zu beziehen sein. In Bezug auf die Jodierung unterscheiden sich Staphylokokken und Morokokken nicht, wohl aber die letzteren auch in Leukocyten von den Gonokokken. Die Entstehung des Ekzembläschens ist ebenso durch Chemotaxis zu erklären, wie die der Impetigopustel, wenn auch der Inhalt mehr serös ist, und diese Erscheinung wirft ein Licht nicht nur auf die Entzündungen der Haut, sondern auf die ganze Entzündungslehre. Die Entzündungen der Haut durch Oberhautpilze sind nur durch die Fernwirkung der Chemotaxis zu erklären. Mikroskopische Demonstration.

Herr Neebe demonstriert **Kartoffelkulturen 7 verschiedener Favuspilze.** Autoreferat. Aus einem gröfseren, zumeist von auswärtigen Kollegen stammenden Favus material hat der Vortragende in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Unna teils diejenigen 3 Favuspilze gezüchtet, welche Herr Dr. Unna auf der Naturforscher-Versammlung zu Halle 1891 eingehender besprochen hat, teils eine Anzahl neuer, bisher noch nicht beschriebener. Die Zahl der Favuspilze dürfte sich voraussichtlich auf zirka 12

belaufen. Die vorgezeigten Kulturen sind 8 Tage alt, bedecken fast die ganze Oberfläche der 4 cm langen und 1½ cm breiten Kartoffelscheibe. Mehrfache Impfungen haben stets dieselben Wuchsformen ergeben; ein Übergang von einer Wuchsform in die andere war niemals zu konstatieren. Die Kulturen sind sehr charakteristisch in Bezug auf Art und Farbennuance des Rasens.

Der **I. Pilz** bildet eine zusammenhängende, vielfach gerunzelte Pilzdecke von Cremefarbe.

Der Rasen des **II. Pilzes** wird gebildet durch zahlreiche, zirka schrotkorngroſse, grünlich-weiſs gefärbte zusammengeflossene Herde. Oberfläche nicht glatt, sondern faserig, an das Gewebe des Flanells erinnernd.

Die Pilzdecke des **III. Pilzes** besteht aus unregelmäſsigen schrotkorngroſsen und gröſseren zusammengeflossenen Kolonien. Farbe der Kultur grau-weiſs, an rohes Marzipan erinnernd. Oberfläche glatt.

Der **IV. Pilz** entsteht aus kleinsten und gröſseren unregelmäſsig geformten, konfluierten Kolonien von blendend schneeweiſser Farbe, einem weiſsen Zuckergusſ sehr ähnlich.

Der **V. Pilz** ist charakterisiert durch seinen grau-weiſsen, unregelmäſsig gefalteten, sehr hohen, senkrecht emporsteigenden (4—5 mm) Pilzrasen. Oberfläche glatt, der Farbenton mit dem des Pilzes III. zu vergleichen.

Der **VI. Pilz** unterscheidet sich von allen vorhergehenden hauptsächlich dadurch, daſs zahlreiche kleinste, höchstens stecknadelkopfgroſse Herde entstehen, welche niemals zusammenflieſsende Polster bilden. Die Einzelkolonien sind kegelförmig, die Spitze weiſslich bestäubt, die Basis von der Farbe der Kartoffel.

Der **VII.** Pilz tritt stets auf in isolierten Herden; das Centrum ist knopfartig erhaben; der Durchmesser der Kolonien (8 Tage alt) beträgt 5—6 mm. Photographische Aufnahmen früherer Kulturen auf Kartoffeln lassen die charakterisierten Wuchsformen deutlich erkennen.

Besprechungen.

Was ist Ekzem? von Dr. med. E. Kromayer. (Halle, Tausch u. Grosse, 1892.) Die Definition des Ekzems von Hebra will Kr. durch folgende ersetzen: „Das Ekzem ist die nach klinischen Erscheinungsformen, Lokalisation, Verlauf, Therapie und Ätiologie atypische Entzündung der Enchydermis, welche zu gleicher Zeit Folge und Ursache (!) ist eines Zustandes krankhaft erhöhter Reizbarkeit der Haut. Das Ekzem ist die atypische Entzündung der in einen Zustand krankhaft erhöhter Reizbarkeit versetzten Enchydermis.“ Das Ekzem, die atypische Enchydermatitis, Pityriasis rubra, Scabies, Eczema marginatum, Impetigo contagiosa und Eczema seborrhoicum (Erythema und Duhrings Krankheit werden gar nicht gestreift) sind typische Enchydermatitiden und fallen deshalb nicht unter seine Definition. Das seborrhoische Ekzem unterwirft er einer eingehenden Kritik. Die psoriasisähnlichen Effloreszenzen hätten wohl etwas durchaus bestimmtes, typisches in Art, Wachstum und Verbreitung, und gewisse Analogien mit parasitären Hautkrankheiten wie Herpes tonsurans lieſsen es sehr verlockend erscheinen, auch das seborrhoische Ekzem für parasitären Ursprunges zu erklären. Aber es sei unwissenschaftlich, nur auf Grund klinischer Beobachtung der Primäreffloreszenz hin die parasitäre Natur für notwendig zu halten. Erst müſste der

Parasit und die Übertragungsmöglichkeit die infektiöse Natur der Krankheit erweisen. (Auf Grund klinischer Beobachtungen hat man Masern, Scharlach etc. schon seit langer Zeit für parasitäre Krankheiten allgemein anerkannt, ohne den Parasiten und seine Übertragungsmöglichkeit demonstrieren zu können. Ref.) Wissenschaftlicher scheint es Kr., „für das Ekzem eine besondere Disposition der Haut für Erkrankung am Ekzem anzunehmen, einen Zustand erhöhter Reizbarkeit, indem die auf Grund erhöhter Reizbarkeit der Haut entstandene Entzündung durch das Jucken und Kratzen wiederum einen Reiz für die Haut und einen Grund zur Erhöhung der Reizbarkeit abgeben würde und dadurch das Fortschreiten und die Entstehung neuer Entzündungen begünstigen". Jedenfalls ein sehr komplizierter Circulus vitiosus. Die Hautnerven seien diejenigen Organe, welche auf äufsere und innere Reize intensiver als normal reagierten und welche infolge des Reizes die Haut in einen ekzematösen Zustand versetzten. Für innere Reize müssen Disposition, Konstitutionsanomalien etc. herhalten. Als äufsere Reize, welche Ekzem hervorrufen können, werden angeführt: Krotonöl, Teer, Präzipitatsalbe, Karbolumschläge, graue Salbe. (Diese als bewiesene Thatsachen angeführten Beobachtungen sind aber keineswegs eindeutig. Man kann mit demselben Rechte behaupten, dafs die durch den Ekzemparasiten in ihren Funktionen krankhaft veränderten Häute auf obige Mittel durch Entzündungserscheinungen antworten. Obige Mittel wirken in praxi nur verhältnismäfsig selten als „ekzemauslösende Mittel". Konstitutionsanomalien und nervöse Disposition, welche auch in anderen Zweigen der Medizin zur rechten Zeit aus der Verlegenheit helfen müssen, erklären uns aber nicht die ungeheure Häufigkeit der Ekzeme. Es mufs also doch noch ein Faktor bei der Entstehung der Ekzeme mitspielen, welcher für die gröfste Mehrzahl der Ekzeme „ekzemauslösend" wirken mufs. Ref.) Dermatitis und Ekzem werden streng auseinander gehalten. *Neebe-Hamburg.*

Die Krankheiten der Harnblase, von Robert Ultzmann, Ferd. Enke. 1890. Stuttgart. Nach Ultzmanns Tode hat Schustler das Manuskript zum vorliegenden Werke in fast druckfertigem Zustande übernommen und dasselbe herausgegeben. Er hat nur wenig geändert und das letzte Kapitel: „Die Neurosen der Harnblase", das im Manuskript fehlte, hinzuergänzt nach U.'s Schrift: „Über die Neuropathien des männlichen Harn- und Geschlechtsapparates" (Wiener Klinik). Wir empfehlen das Buch dringend allen Fachkollegen, welche die Ansichten und Lehren U.'s in übersichtlicher und genauer Weise kennen lernen wollen.

Was den Inhalt des Werks anbelangt, so beginnt U. mit einer Aufzählung der benutzten Litteratur, der eine kurze Einleitung über die Anatomie und Physiologie der Harnblase folgt. Sodann werden die physikalischen Eigenschaften des Urins in normalem Zustande und seine pathologischen Beimengungen (Albumen, Blut, Eiter) geschildert, ebenso die Sedimente bei Blasenleiden. Das nächste Kapitel ist der Untersuchung der Blase gewidmet; nach Aufführung der bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden weist Verfasser besonders auf die sehr guten Resultate hin, die in neuerer Zeit mit den modernen Elektroendoskopen in dunklen Fällen erzielt worden sind. Die Digitaluntersuchung, die in den letzten Jahren beim Weibe schon ganz ausgezeichnete Resultate ergeben hatte, wird in neuester Zeit von Thompson auch beim Manne wärmstens empfohlen, und zwar nach vorgenommener Boutonnière oder Medianschnitt, wie sie schon früher von Volkmann in Anwendung gezogen war. Bei Bildungsfehlern der Blase konnte bisher infolge der Mangelhaftigkeit der Apparate den Kranken nicht viel Abhülfe gebracht werden; erst die neuere Chirurgie (Thiersch, Billroth, Trendelenburg) brachte Methoden der Operation, die eine komplette Retention des Urin erlaubten. Verletzungen der Blase durch äufsere Gewalt, besonders aber bei der Geburt, mit nachfolgender Fistelbildung, sowie Hernien und

Prolaps der Blase bilden den Inhalt des nächsten Abschnittes. Eine eingehende Besprechung finden sodann die Ernährungsstörungen der Blase, vor allem die Cystitis und deren Therapie. Den Hauptteil nimmt endlich die Lithiasis in Anspruch, und vor allem eingehend gewürdigt wird die Therapie der Blasensteine. Verfasser selbst liebt die Lithotripsie sehr, rät aber allen, welche nur selten Gelegenheit haben, sie auszuführen, den Schnitt vorzuziehen, der ja bei der verbesserten Technik und Aseptik kaum noch Gefahren bietet. Die Steinzertrümmerung in mehreren Sitzungen empfiehlt er nur bei alten Herren mit recidivierenden Phosphatsteinen. Die folgenden Kapitel sind den Fremdkörpern, den Parasiten und den Neubildungen in der Blase gewidmet. Bei diesen ist als Operationsmethode der hohe Blasenschnitt allen anderen Methoden vorzuziehen, da er den besten Überblick gewährt und zugleich am vollkommensten die Neubildung entfernen läfst. Das Schlufskapitel, die Neurosen, erwähnten wir schon.

Zahlreiche gute Abbildungen erhöhen den Wert des Werkes wesentlich; die Ausstattung ist überhaupt eine durchaus gute. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Eine Nachlese zu Erdls und Waldeyers Untersuchungen über die Haare, von H. Reeker. (*XIX. Jahresbericht des Westfälischen Provinzial-Vereins für Wissenschaft und Kunst.* Münster. 1891.) Verfasser giebt eine eingehende Schilderung der Haare verschiedener Tiere: Renntiere, Zibethkatzen, Hyänen, Katzenbären, einiger Nagetiere, Beuteltiere etc., die er genau untersucht hat. Er empfiehlt zur Betrachtung ganzer Haare Glycerin oder 20% Salpetersäure, welch' letztere das Pigment teilt und die Kutikularschuppen deutlicher hervortreten läfst. Zu Querschnitten hellt man vorher am besten mit Citronenöl auf (Nelkenöl macht durchsichtig, aber brüchig), bettet in Paraffin; zum Aufkleben benutzt man 3—4 destilliertes Kollodium : 1 Nelkenöl, möglichst dünn auf den Objektträger gestrichen; man mufs sich aber beeilen, da die Masse schnell erstarrt. Aufgeklebte Schnitte bringt man wenige Minuten in den Brütofen, wäscht sie nach dem Erkalten in Benzin und schliefst sie in Kanadabalsam ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Zellteilung in der menschlichen Epidermis, von David Hansemann. (*Virchow-Festschrift.*) Die einfachen Druckverhältnisse, die Zusammensetzung aus einer Zellenart, die fortwährende Regeneration machen die Epidermis besonders geeignet zum Studium der Zellteilung: Die Begriffe Rete Malpighii und Keimschicht (Flemming) decken sich nicht ganz, weil die Mitosen fast nur in der untersten Zellreihe zu finden sind; auf 10 — 15 in dieser Zellreihe kommt eine in der zweiten Reihe. Zuweilen stehen sie nur scheinbar in der zweiten Reihe, weil es Fufszellen sind mit Karyokinese im Hauptteil der Zelle. In der dritten Reihe wird physiologisch nur ausnahmsweise eine Mitose gefunden. Man nennt deshalb Keimschicht richtiger nur die unterste Zellschicht des Rete, die übrigen bezeichnet man zweckmäfsig als Stachelschicht (Unna). — Die Teilung beginnt mit dem Versuch des Kerns nach dem distalen Pole der Zelle; während derselben färbt sich das Cytoplasma mit sauren Anilinfarben stärker und sieht chagrinartig aus. Die Zelle hat das Bestreben, kugelige Form anzunehmen, was in der untersten Zellreihe durch die Fortsätze in den Papillar

körper behindert wird, in der zweiten Reihe aber sehr ausgesprochen ist. Gleich nach dem Verschwinden der Kernmembran sieht man um die Kernfigur einen durch eine scharfe Linie begrenzten Raum, der vollkommen homogen erscheint; in ihm spielen sich alle Teilungserscheinungen mit den verschiedenen Phasen ab. Von den Phasen ist am häufigsten der Monaster und Diaster. —

Die Beobachtung pathologischer Präparate zeigt, dafs die Zellteilung behindert wird durch atrophische Prozesse in der Haut, so dafs die Keimschicht schliefslich ganz fehlt, die unteren Zellen schon Alterserscheinungen zeigen, Körner und Hornschicht bedeutend überwiegen. Eine Verminderung der Mitosen bewirkt zweitens eine „Überschwemmung" mit Leukocyten, wie sie bei akuten Prozessen und auch bei chronischen (Lupus) auftreten kann; geringe Mengen von Leukocyten dagegen begünstigen sogar die Kernteilung. — Die Vermehrung der Mitosen ist relativ viel häufiger, sie ist die erste Erscheinung bei entzündlichen Prozessen und Pachydermie. Die Vermehrung macht sich durch Auftreten von Mitosen bis in die 7. und 8. Reihe bemerkbar, sie ist besonders deutlich bei akuten Prozessen, geringer bei chronischen; Kondylome und Warzen nehmen eine mittlere Stellung ein. Es kann die Zahl der Mitosen sogar in den höheren Reihen diejenigen in der ersten übertreffen, wobei die Zellen ihre jugendliche cylindrische Gestalt bewahren. Verfasser nimmt mit Koellicker an, dafs die normale Kernteilung in der Epidermis an sich schon ein pathologischer Vorgang ist, angeregt durch die von aufsen auf die Epidermis einwirkenden Schädlichkeiten (Austrocknen und Abstofsung). Tritt in pathologischen Prozessen noch ein vermehrter Saftstrom ein, so werden noch die höher gelegenen Zellen zur Teilung angeregt, während in der Norm das Ernährungsmaterial nur für die Thätigkeit der untersten Zellreihe ausreicht. Zum Teil ist das Vorhandensein von Mitosen in den höheren Schichten noch bedingt durch ein schnelleres Vorrücken bei gesteigerter Produktion, wodurch die Zellen in noch jugendlichem Zustand höher hinauf gelangen. Es ist eine Teilung aber auch noch möglich bei den schon weiter differenzierten Zellen, da man bei Transplantationen eine Wucherung von Epidermiszellen höherer Schichten gesehen, wenn die tieferen abgeschnitten waren. Aufserdem wissen wir, dafs bei Scharlach die tieferen Schichten 2—3 Wochen zum Hinaufrücken in die höheren Schichten brauchen. (Wir finden aber bei einer Dermatitis schon nach 24—48 Stunden Mitosen.) Die Grenze, bis zu welcher die Zellen noch zur Bildung von Mitosen im stande sind, wird gegeben durch die Linie, an der dieselben bei Einwirkung eines Blasenpflasters sich abheben und bei der Transplantation durch Abstofsung verloren gehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Vererbung von Infektionskrankheiten, von Max Wolff. (*Virchow-Festschrift.*) Man begreift unter der Vererbung von Infektionskrankheiten sowohl die konzeptionelle oder germinative (die Infektion vermittelt durch die geschlechtlichen Keimzellen als Träger pathogener Organismen) als die placentare oder intrauterine Infektion (Infektion der bereits in Entwickelung begriffenen Frucht während der Entwickelungszeit). Letzteren Vererbungsmodus hat W. bereits früher bei Vaccine, Variola und Milzbrand genauer untersucht (*Virchows Archiv*, Bd. 112, S. 136) und damals folgendes gefunden: Bei der Vaccine findet kein Übergang des Vaccinekontagiums von der Mutter auf die Frucht statt; schwangere Frauen wurden mit Erfolg geimpft; die Impfung wurde an den später geborenen Kindern auch mit positivem Resultat vollzogen. Bei Variola ist die intrauterine Infektion seltener, als man früher annahm. Die Neigung zu Hämorrhagien im Gebiete der

weiblichen Genitalien mag den Übergang unterstützen (s. u.) Aufserdem ist die Möglichkeit der Bildung von Pockenherden im graviden Uterus selbst und Übergreifen desselben auf die Placenta foetalis analog den vor kurzem festgestellten Pockenherden im Hoden nicht auszuschliefsen. Für Milzbrand hat W. früher den Satz aufgestellt und hält auch jetzt an demselben fest, dafs das Freibleiben des Fötus von Milzbrand bei Infektion der Mutter die Regel ist, da 39 negativen Fällen 8 positive gegenüberstehen. Zur Erklärung der positiven Fälle greift W. auf die Beschaffenheit der Placenta zurück: Die normale Placenta ist undurchgängig für die Milzbrandbacillen, da letztere in den fötalen Zotten stets fehlen, in der Placenta materna aber in reicher Zahl vorhanden sind. Dagegen sind pathologisch veränderte Placentae für Bacillen passierbar, und eine derartige Erkrankung der Placenta mufs in den Fällen mit positiven Ergebnissen vorhanden sein. Welcher Natur sind nun die pathologischen Veränderungen der Placenta? In erster Reihe sind es jedenfalls mit Gewebszerstörung einhergehende Hämorrhagien, die ja häufig bei Infektionskrankheiten vorkommen. Einen lehrreichen Fall teilt W. mit: Bei einem Fall von hämorrhagischem Milzbrand bei einem Meerschweinchen fand er in der Placenta starke hämorrhagische Herde mit Zerstörung der Zotten; an diesen Zellen und in den umliegenden Blutgefäfsen zahlreiche Bacillen; an den intakten Zotten und fötalen Gefäfsen keine Bacillen, dagegen zahlreiche in der fötalen Leber, die positive Impf- und Züchtungsresultate gaben. Der Übergang der Bacillen fand also nur an den pathologisch veränderten Zotten der Placenta statt. — Diese Anschauung, dafs nur eine pathologische veränderte Placenta für Bacillen durchgängig ist, wurde von vielen anderen (Malvoz, Eugen Fraenkel, Eberth etc.) für Milzbrand, Typhus, Hühnercholera bestätigt. — Jedoch sind nicht alle Blutungen in der Placenta gleichwertig, wie experimentell erzeugte Blutungen beweisen, sondern nur solche vermitteln die intrauterine Infektion, die einer direkten Gefäfsschädigung durch die Bacillen ihren Ursprung verdanken. Natürlich können auch andere Läsionen der Placenta, die eine Alteration der die Bluträume begrenzenden Gewebe und des Zottenepithels bewirken, die Infektion vermitteln. (Beim Kaninchen sind die gefäfshaltigen Chorionfortsätze epithellos und deshalb ist die Übertragung eine leichtere.) — Verfasser dehnte nun seine Untersuchungen aus auf den Staphylococcus pyogenes aureus und erhielt bei den Versuchen unter 19 Fällen 9mal positiven Erfolg, also viel häufiger als bei Milzbrand. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die Zeitdauer zwischen der Infektion der Mutter und der Geburt des Fötus; je länger der Kontakt stattfand, um so eher kam ein Übergang zu stande. Wiederum waren es hier durch den Staphylococcus aureus gesetzte nekrotische Herde in der Placenta, die eine Brücke für den Übertritt der Mikroorganismen auf fötalen Boden vermittelte; entsprechend den häufigeren Gewebsläsionen durch den Staphylococcus aureus fand die Übertragung auch häufiger statt. Andere experimentell erzeugte Läsionen der Placenta hatten auch hier nicht denselben Effekt. Eine Bestätigung dieser Versuche beim Menschen brachte einen Fall, den Eugen Fränkel und Kiderlon mitgeteilt hat: Gravida stirbt in der dritten Woche eines Typhus abdominalis an eiteriger Peritonitis durch Platzen eines Ovarialabscesses; in der Placenta viele Hämorrhagien; Kulturen mit der fötalen Leber ergeben Staphylococcus pyogenes albus und flavus. — Verfasser erörtert dann die Bedeutung dieser Befunde für fötale Erkrankungen: fötale Endokarditis, „Puerperalfieber" der Neugeborenen etc., führt einige Fälle an, die den Übergang von Streptococcus pyogenes beweisen, über den genauere Versuche nicht vorhanden sind, und kommt zum Schlufs noch kurz auf die intrauterine Infektion bei der Tuberkulose zu sprechen. Er hatte nur einmal ein positives Ergebnis bei seinen Versuchen: Ein Fötus von einem tuberkulös gemachten trächtigen Meerschweinchen zeigte

makroskopisch keine Veränderung, Impfungen mit der fein zerriebenen Leber sind von Erfolg.

Gärtner hatte positive Erfolge aber nur mit Weibchen, die direkt infiziert waren; wo nur das Männchen tuberkulös war, war der Fötus stets frei. — Verfasser führt dann noch 3 genau untersuchte Fälle an, wo beim menschlichen Fötus die Übertragung sicher ausgeschlossen werden konnte. W. schliefst daraus, wie aus einem zweifellosen positiven Erfolge von Birch-Hirschfeld, dafs bei der Tuberkulose eine intrauterine Übertragung möglich, aber nur sehr selten und daher wohl für die Verbreitung der Tuberkulose von geringer Bedeutung ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Immunität durch Vererbung und Säugung, von Prof. P. Ehrlich. (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1892, Bd. XII., pag. 183.) Verfasser hat die zum Studium der künstlich erzeugten Immuuität von ihm benutzten giftigen Pflanzeneiweifsstoffe, Ricin und Abrin, jetzt auch zur Lösung der Frage über die Vererbung der Immunität verwertet. Diese Stoffe eignen sich hierfür deshalb so gut, weil man leicht mittelst derselben hohe Immunitätsgrade erreichen kann, weil die Immunität sehr stabil ist und weil eine quantitative Bestimmung sehr exakt vorgenommen werden kann. A priori konnten bei der Vererbung folgende Möglichkeiten in Betracht kommen, wenn überhaupt die Immunität vererbt wurde: sie konnte durch Ei oder Samen auf die Nachkommen direkt übertragen werden, oder das im mütterlichen Organismus durch allmähliche Gewöhnung an das Gift gezüchtete Gegengift konnte auf den Fötus übertragen werden, oder schliefslich war eine direkte Immunisierung des sich entwickelnden Fötus möglich. Letztere Frage konnte Verfasser bis jetzt noch nicht mit Sicherheit entscheiden. Die beiden ersten aber sind durch ebenso einfache wie geistvolle Versuchsanordnung klar entschieden worden. Um zu entscheiden, ob durch das Sperma Immunität vererbt werden kann, wurde eine männliche Maus, welche monatelang mit hohen Dosen von Abrin gefüttert worden war, mit einem normalen Weibchen gepaart und die Jungen auf ihre Abrinfestigkeit geprüft. Als Mafsstab wurde die früher gefundene Thatsache benutzt, dafs Lösungen von Abrin 1 g : 100000 (1 ccm auf 20 g Lebendgewicht) die absolut tötliche Dosis darstellen. Es fand sich nun, dafs nicht allein diese Dosis nicht vertragen wurde, sondern nicht einmal Bruchteile, so dafs Verfasser folgert, „dafs das Idioplasma des Sperma nicht im stande ist, die Immunität zu übertragen". Er erblickt ferner hierin einen neuen Beweis gegen das sogenannte Profetasche Gesetz, wonach die gesunde Nachkommenschaft syphilitischer Eltern auch ihrerseits gegen diese Affektion geschützt sei. Zur Untersuchung, ob durch das Ei die Immunität vererbt wird, wurden normale Männchen oder auch immunisierte, die nach dem vorigen Versuche ohne Einfluſs auf die Nachkommenschaft in dieser Hinsicht sind, mit immunen Weibchen gepaart. Die Jungen wurden im Alter von 3 Wochen bis 3 Monaten auf ihre Immunität gegen Abrin, Ricin und Robin (das giftige Prinzip der Akazienrinde) geprüft, und es wurde gefunden, dafs dieselben bis zum Alter von $1^1/_2$ Monat immun waren, derart, dafs die typischen Reizerscheinungen, wie sie am Auge und am Unterhautzellgewebe nach subkutanen Injektionen dieser Gifte sonst auftreten, wegblieben und dafs die Tiere gegen das Multiplum der tötlichen Dosis vollständig resistent blieben. Diese ererbte Immunität wurde aber als eine zeitlich begrenzte gefunden, denn sie verlor sich schon im 3. Monat nach der Geburt. Zur Erklärung dieser Erscheinung verweist Verf. auf die Verschiedenartigkeit der Immunität, welche einmal als eine eigenartige Adaption des Organismus an ein Gift aufgefafst werden kann und welche zweitens dadurch bedingt sein kann, dafs der Organismus unter chronischer Giftzuführung allmählich die Fähigkeit gewinnt, antitoxische Stoffe zu bilden. Während

die erste Art von Immunität sich durch grofse Beständigkeit auszeichnet, so ist die zweite eine zeitlich begrenzte und verschwindet, sobald die Quantität von Antitoxin aus dem Körper eliminiert ist. Im Gegensatz zu der durch Abrinverfütterung zu erreichenden Immunität, der vom Verf. aktiv genannten, gehört die von den Jungen von der immunen Mutter ererbten Immunität zur zweiten Kategorie, zur passiven. Verfasser ist daher der Ansicht, dafs nicht durch das Ei diese Eigenschaft vererbt wird, sondern dafs das im mütterlichen Körper künstlich herangezüchtete Antitoxin als solches in quantitativ begrenzter Weise der Nachkommenschaft mitgegeben wird. Ist dieses Antitoxin oder dieser Antikörper verbraucht, in einem Zeitraum von 30 bis 60 Tagen, so verschwindet auch die Immunität, da der Organismus als solcher nicht von der Mutter die Eigenschaft, diesen Körper zu bilden, geerbt hat, während die durch Fütterung erzeugte Immunität noch nach $6^1/_2$ und $7^1/_2$ Monaten bestand, wie experimentell nachgewiesen wurde. (Vgl. Untersuchungen über Immunität. Ehrlich. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, No. 32.)

Um die Ansicht, dafs möglicherweise die Immunität doch als Eigenschaft des Organismus vererbt wird, aber nicht schon in der ersten, sondern vielleicht erst bei der zweiten Generation zu Tage tritt, experimentell zu prüfen, wurden Tiere, die der Paarung der Nachkommen immuner Eltern entstammten, auf ihre Immunität untersucht. Das Resultat war ein negatives, so dafs eine erbliche Übertragung der Immunität im eigentlichen Sinne des Wortes nicht stattfindet. — Aus den in der ersten Publikation angeführten Versuchen (l. c.) ging hervor, dafs die Zeitdauer der Immunität, welche bei den Versuchstieren durch Injektion des Blutes Ricin-immuner Tiere erzeugt werden kann, auf 24—34 Tage taxiert werden konnte, während welcher Zeit das Antiricin also verbraucht, resp. ausgeschieden wurde. Bei den oben angeführten Versuchen fand sich aber, dafs die Jungen immuner Mütter, welche, wie zu folgern war, ebenfalls nur eine bestimmte Menge Antitoxin vom mütterlichen Körper mitbekommen hatten, ihre Immunität entschieden länger behielten, ca. $1^1/_2$ Monat, was um so auffälliger ist, als allein durch die Gewichtszunahme der Jungen der Prozentualgehalt an Antitoxin verringert wird. Von den beiden möglichen Ursachen dieser Erscheinung, dafs nämlich 1. die Antikörper im jugendlichen Organismus besser konserviert werden, oder dafs 2. die verbrauchten Antikörper wieder von aufsen ersetzt werden, erwies sich die letztere als wirklich bestehend. Die Säuglinge erhalten nämlich durch die Milch der immunen Mutter neue Mengen von Antikörpern zugeführt. Der Beweis wurde in höchst geistvoller Weise erbracht: Der Wurf einer normalen Mutter wurde einer immunen Mutter zum Säugen übergeben und derjenige der letzteren der ersteren. Während nun die immune Nachkommenschaft allmählich die Immunität verlor, gewann die normale dieselbe, d. h. also, ihr wurde durch die Milch der immunen Mutter das Antitoxin zugeführt. Verfasser hat diese immunisierende Eigenschaft der Milch auch nach Verwendung von Stoffwechselprodukten verschiedener Bakterien (Tetanus, Schweinerotlauf) gefunden und damit bewiesen, dafs nicht allein das Blut, sondern auch die Sekrete die Antikörper beherbergen. Um noch die praktisch wichtige Frage zu entscheiden, in wie kurzer Zeit die Milch ihre immunisierende Wirkung auszuüben im stande ist, wurde eine säugende Maus mit dem Serum eines tetanusfesten Pferdes immunisiert und nach 26 Stunden einem Säugling ein Splitter mit Tetanussporen unter die Haut gebraucht — und zwar ohne Erkrankung zu bewirken. In einem andern Versuche wurde die Infektion mit Tetanussporen zuerst vorgenommen und erst dann das Junge zu der immunen Mutter gesetzt. In den nächsten beiden Tagen entwickelten sich zwar deutliche Zeichen der Erkrankung, aber dieselben bildeten sich nicht weiter aus, so dafs das Tier die Infektion überstand. *L. Philippson-Hamburg.*

Über Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Diphtherie, von Dr. Behring und Wernicke, — **bei Tetanus,** von Dr. Behring. (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1892, Bd. XII., pag. 10 u. 45.) Behring berichtet über den Fortgang seiner Untersuchungen über die Immunisierungs- und Heilkraft des Serums diphtherie- und tetanus-immuner Tiere. Die auf das praktische Ziel hinsteuernden Versuche, Serum zu gewinnen, welches die an den betreffenden Krankheiten leidenden Menschen heilen soll, sind nunmehr so weit gediehen, dafs sowohl die vollkommene Unschädlichkeit des als therapeutisches Mittel zu verwertenden Blutserums, als auch seine Leistungsfähigkeit bei Tieren bewiesen ist. Die Methode seiner Herstellung wird ausführlich dargelegt und die beweisenden Heilversuche unter Mitteilung der Protokolle angeführt. Es gelingt, durch verschiedene Methoden Tiere gegen Diphtherie zu immunisieren; während dies früher durch die Jodtrichloridbehandlung bereits diphtheriekranker Tiere erreicht wurde, läfst Verfasser das chemische Agens jetzt direkt auf die bazillenhaltigen oder ganz keimfreien Kulturen wirken und bedient sich des abgeschwächten Giftes, um in allmählich steigender Dosis die Tiere diphtheriefest zu machen. Von Zeit zu Zeit wird dann das Serum dieser Tiere auf seine immunisierende und heilende Leistungsfähigkeit bei anderen Tieren untersucht und damit ein Mafsstab für weitere Versuche gewonnen. Es hat sich allgemein ergeben, dafs genau entsprechend dem Immunitätsgrade der blutliefernden Tiere sich auch die therapeutischen Erfolge gestalten und dafs zur Erreichung von Heilwirkungen gröfsere Mengen Serum als für Immunisierung notwendig sind. *L. Philippson-Hamburg.*

Die Forschungsmethoden in der Immunitätsfrage, von H. Buchner. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1891. No. 22 u. 23). Verfasser bekämpft auch in dieser Publikation die Phagocythenlehre Metschnikoffs zu Gunsten der Anschauung von der bakterienfeindlichen Wirkung des Serums und der Ausscheidung chemotaktischer Proteine aus den unter schädigende Einflüsse geratenen Bakterienzellen. Beides erkennen Metschnikoff und Roux nicht an, erklären die entsprechenden Beobachtungen als nur „in vitro" vorhanden. Dieses kennzeichnet den abweichenden prinzipiell methodischen Standpunkt, der eine Verständigung in weite Ferne rückt. Die Anhänger der Phagocythenlehre perhorresciren die Versuche aufserhalb des Tierkörpers. Metschnikoff bestätigt die starke, tötende Wirkung des Serums immunisierter Meerschweinchen auf den vibrio M., lehnt aber ihre Bedeutung für die Immunität der Tiere ab. Das könne nur geschehen, wenn sie die im Serum entstehenden Substanzen überhaupt als in vitro entstandene Kunstprodukte erklären, die beim Absterben des Blutes entstehen (warum wirkt dann aber das Serum nichtimmunisierter Meerschweinchen ebenso bakterientödlich?) oder wenn sie annehmen, dafs die bakterienfeindliche Alexine des Serums im Körper, durch andere Gegenwirkungen verdeckt, unwirksam gemacht werde. Man könnte ja für letzteren Einwand ins Feld führen den Umstand, dafs gefrorenes und wieder aufgetautes Blut die schädigende Wirkung auf Bakterien nicht mehr hat, indem die zersetzten Blutkörperchen die Alexine paralysieren (beim Serum schadet das Gefrieren nicht), und die Beobachtung, dafs, wenn man die Bakterien nicht frei verteilt, sondern in einem kleinen Päckchen sterilisierter, entfetteter Watte aufgesogen eintaucht, die tötende Wirkung eine geringere ist. Letzteres Experiment beweise aber gerade, weshalb das Blut empfänglicher Tiere auch bakterientötend wirkt: Injiziert man Bakterien in die Blutbahn, so bleiben sie (analog der Watte) in den Kapillaren hängen, bekommen hier zu wenig Serum und Alexine und führen ungestört zur Allgemeininfektion; bringt man sie aber in das entleerte Blut, dann werden sie durch die Alexine von allen Seiten angegriffen und getötet. Metschnikoff sehe aber in diesem Watteversuch gerade einen Beweis gegen die „humorale" Theorie.

M. gehe nicht auf die Frage ein, weshalb in einem Falle gar keine, in einem anderen eine so starke Phagocythose stattfinde. Seine Erklärung durch chemotaktische Toxine und Angewöhnung empfänglicher Tiere an diese sei nicht haltbar für künstliche Immunität, geschweige für natürliche. Der Vorgang kann nur ein chemischer sein, beruhend auf der bakterienfeindlichen Wirkung der Säfte durch eiweifsartige Bestandteile und Ausscheidung des plasmatischen Inhalts der Bakterienzelle; diese veranlasse sekundär durch chemotaktische Wirkung eine Leuko- und Phagocythose. Die Ausscheidung der plasmatischen Bestandteile der Bakterienzelle beginne schon, wenn die Bakterien unter ungünstige Lebensbedingungen gebracht werden, nicht erst nach dem Tode. — Buchner leugnet nicht, dafs den Leukocyten eine nützliche Rolle zukomme; sie können die Bakterien, wenn sie nicht von ihnen vernichtet werden, töten, aber die einzig mafsgebende Entscheidung beim Infektionsprozefs komme ihnen nicht zu. Die entscheidende Beeinflussung der Infektionserreger im ungünstigen Sinne findet schon statt vor der Aufnahme durch amoeboide Zellen, und diese ist erst die Ursache der Anlockung derselben und der nachfolgenden Phagocythose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pharmakologie.

Eine neue concentrierte Myrrhenlösung erhält man nach dem zum Patent angemeldeten Verfahren von A. Flügge, wenn man die gepulverte Myrrhe mit Ricinusöl übergiefst und unter Zuhilfenahme einer geringen Menge Alkohol (ca. 1/5 des Ricinusöls) in einem geschlossenen Gefäfse digeriert. Nach ca. 8 Tagen hat sich das Harz gelöst, die Lösung wird nun von dem zurückbleibenden Gummi abfiltrirt und der Alkohol durch gelindes Erwärmen verdunstet. Die Lösung ist vollkommen klar, von hellbrauner Farbe und riecht angenehm aromatisch.

Ein zweites Verfahren besteht darin, dafs man den alkoholischen Auszug der Myrrhe mit Ricinusöl versetzt und dann den Alkohol verjagt.

P. Taenzer-Bremen.

Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform, von Zippel. (*Centralbl. f. Chir.* 10. 1892.) Auf Schedes Abtheilung wurden tuberkulöse Fisteln mit Stäbchen behandelt, die aus Milchsäure, Wasser, Gelatine ää 50 bestanden. Die Masse wird bei sanfter Wärme flüssig gemacht, 30,0 Menthol (zur Linderung der Schmerzen bei der Anwendung von Milchsäure) zugefügt, in die Stäbchenform gegossen, worin sie einen Tag auf Eis bleibt. Dann werden die Stäbchen im Exsiccator über Chlorcalcium (10 Tage lang) getrocknet, dann mit Kollodium überzogen. Vor dem Einführen in die Fistel wird die Spitze schräg abgeschnitten. Die Masse löst sich dann allmählich von der Spitze aus, und die Kollodiumhülle wird nach einigen Tagen ausgestofsen. *P. Taenzer-Bremen.*

Das bekannte Präparat **Liquor carbonis detergens** wird dadurch hergestellt, dafs man 1 Teil Steinkohlenteer mit 4 Teilen Quillajatinktur unter häufigem Umschütteln 8 Tage lang digeriert, sich dann absetzen läfst und schliefslich die über dem Teer stehende Flüssigkeit abgiefst. Die Quillajatinktur erhält man, indem man 1 Teil Quillajarinde mit 7 Teilen verdünnten Spiritus perkoliert. (*Pharm. Centralhalle 12. 1892.*) *P. Taenzer-Bremen.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über Trichophytie der Hände und Nägel, von X. Arnozan und W. Dubreuilh. (*Archives cliniques de Bordeaux.* No. 1 und 2. 1892.) Entgegen der meist verbreiteten

Meinung, dafs die Onychomykose durch Inokulation des Pilzes unter dem freien Nagelrand infolge des Kratzens entstehe, stimmen die Verfasser der Ansicht Pellizzaris bei, wonach dieselbe vielmehr als eine Begleiterscheinung der Hauttrichophytie zu betrachten sei, die allmählich auf die Nägel übergegangen ist. Es sei deshalb immer die Haut auf allfällige herpetische Herde zu untersuchen, in erster Linie natürlich Hände und Füfse. Gewisse wenig typische Dermatosen sollen nicht leichthin als „Ekzeme" taxiert und behandelt werden, da sich dieselben bei gleichzeitigem Bestande einer Nagelaffektion meist als parasitärer Natur erweisen werden. Da nun die Trichophytie der Nägel bedeutend hartnäckiger der Therapie widersteht als die der Haut, so wird es von grofser Wichtigkeit sein, diese möglichst frühzeitig zu diagnostizieren und entsprechend zu behandeln, um ein Weiterschreiten auf den Nagel zu verhindern.

Bei der Trichophytia cutanea manuum unterscheiden Verfasser zwei Formen eine subakute und eine chronische; letztere befällt viel häufiger die palmare als die dorsale Fläche.

Bezüglich der Ätiologie der Onychomykosis (favosa und trichophytina) geht aus den 16 mitgeteilten Krankengeschichten hervor, dafs die Heredität eine entschiedene Rolle spielt. Von Affektionen, welche ihr Entstehen begünstigen, werden angeführt: Tuberkulose, Lupus erythematosus, Eczema, Psoriasis. Sehr häufig waren Traumen vorangegangen. In den meisten Fällen nimmt die Erkrankung ihren Anfang an der Wurzel (selten am freien Rande) und schreitet von da weiter über den Nagel, indem sie, im Gegensatze zum Ekzem, der Psoriasis und anderen, trophischen, Störungen, die Gegend der Lunula frei läfst.

Die Verfasser unterscheiden 3 Formen der Onychomykosis bezüglich ihres klinischen Bildes:

Die erstere kennzeichnet sich durch Verdickung und weifsgelbliche Verfärbung des Nagels. Die Verdickung betrifft die untere Schicht, welche ein markiges Aussehen annimmt. Die zweite Form ist charakteristisch durch Ablösen und teilweise Zerstörung des Nagels. Bei der dritten Form ist der Nagel ebenfalls etwas verkürzt, der freie Rand fehlt, die Nagelfläche liegt überall der Matrix auf, ist dünn, schuppig, mit Erhöhungen und rinnenförmigen Vertiefungen versehen.

Die Prognose der Onychomykosis ist meist keine gute, da das Übel ein äufserst langdauerndes ist.

Therapeutisch wurden versucht: Entfernung des erkrankten Nagels; Auskratzungen; Provokation einer Entzündung der Matrix mit Ol. oliv. und Pyrogallol aa (Pellizzari). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pemphigoide Affektion der Haut und Polyneuritis bei einem Tabetiker, hervorgerufen durch das Trichophyton tonsurans, von Prof. Bonome. (*Arch. per le scienze mediche,* vol. XVI. No. 5.) Ein Tabetiker litt in den letzten 2 Jahren seines Lebens an Eruptionen von Blasen auf der Haut, welche im Verlaufe von wenigen Tagen unter Bildung von serös-eiterigen Krusten abheilten. Aufserdem schuppte die Haut ab, es bestand aber keine derbere Infiltration. Auch an der Zunge und Cornea entstanden Bläschen, welche sich zu Ulcerationen umwandelten. Unter allgemeinem Marasmus ging Patient zu Grunde. (Weder von irgend einer Haaraffektion, noch von einem mikroskopischen Nachweis des Pilzes ist in der Krankengeschichte die Rede, wie hervorgehoben zu werden verdient. Ref.) — Die Autopsie ergab die charakteristische Degeneration des Rückenmarkes aufser verschiedenen pathologischen Befunden an anderen inneren Organen. Die histologische Untersuchung wies nach Atrophie der Haut, Bläschenbildung, Sklerose der Hautgefäfse, kleinzellige Infiltration um dieselben, Atrophie der Drüsen und der Wurzelscheiden, Schwund der

Nägel, Neuritis der Hautnerven. Die mykologische Untersuchung ergab die Gegenwart von feinen, verzweigten Mycelfäden in der Haut, Subcutis, Cornea, den Nerven, der degenerierten Rückenmarkspartie, dem interstitiellen Bindegewebe der Niere. Der Durchmesser des Mycels mifst $1^1/_2$—$2^1/_2$ μ, es ist teils sehr lang, spitzwinklig verzweigt oder kurz, von 3 μ Breite, septiert. Die Gonidien sind rund oder leicht oval, etwas breiter als das Mycel, sie kommen im Verlaufe desselben vor, oder sitzen seitwärts oder am Ende eines Fadens. In der Subcutis liegen ganze Haufen von Mikrogonidien. Die Pilze kommen in allen Schichten der Haut vor; auch in den Blasen und um die Gefäfse. (Auch hier wird nicht mit einem einzigen Wort der Haare Erwähnung gethan. Ref.) Die Kulturversuche sind nicht gelungen. Verfasser kommt auf Grund jener Befunde zu dem Schlusse, dafs der betreffende Pilz das Trichophyton ist, und dafs dasselbe sowohl den Blasenausschlag auf der Haut, die Ulcera auf der Zunge und an der Cornea, die Neuritis der feineren und gröberen Nerven hervorgerufen hat. „Ob auch die Tabes dorsualis als durch das Trichophyton bedingt anzusehen ist, ist zweifelhaft." (Ref. !!) Gegenüber diesen weitgehenden Schlüssen des Verfassers scheint es wohl angebracht, an die Beweisführung desselben die gröfsten Ansprüche zu stellen und die Schlufsfolgerungen aufs genaueste zu prüfen. Die klinische Beschreibung ist nicht derart, dafs man die Diagnose auf Herpes tonsurans stellen könnte: weder kommt hierbei ein so chronischer Verlauf vor, noch pemphigus-ähnliche Blasen, aufserdem sind die Haare in hervorragendem Grade beteiligt, und ist schliefslich der Nachweis der Pilze leicht zu führen, der nicht geliefert worden ist. Es ist daher auch klinisch nicht die Diagnose Herpes tonsurans gestellt worden. Erst der pathologisch-anatomische Befund liefs Verfasser die Diagnose stellen. Das Nebeneinander pathologischer Veränderungen und Pilzbefunde, und zwar der Befund von Hyphomyceten, wird vom Verfasser als ein ursächliches Verhältnis gedeutet, selbst wo er sich dazu gezwungen sieht, dem Hyphomycet eine nekrotisierende Wirkung auf die Haut zuzuschreiben, diesen Pilz als Ursache der Ulcera auf der Zunge und an der Cornea anzusehen, ihm die Polyneuritis zur Last zu legen und schliefslich noch die Frage aufzuwerfen, ob man dem Hyphomycet nicht noch die Tabes dorsualis in die Schuhe schieben soll. Verfasser nimmt sehr wenig Rücksicht darauf, in den einzelnen Fällen den Nachweis zu führen, dafs das Vorkommen des Pilzes parallel den Gewebsveränderungen geht. Und daher fühlt man sich nach Lesen des anatomischen und histologischen Befundes dazu gedrängt, vielmehr ein zufälliges Zusammentreffen des Pilzes mit den Veränderungen anzunehmen, als demselben eine pathogene Bedeutung zuzuschreiben. Und dies um so weniger, als die Identität des Pilzes mit dem Trichophyton sehr unwahrscheinlich ist; wenigstens kennt man ihn bis jetzt hauptsächlich als Haarparasit, wovon in der Arbeit gar nicht gesprochen wird. Auch die Nagelaffektion spricht nicht für die Trichophyton-Natur des Pilzes, denn von einem totalen Schwund des Nagels bei Trichophytie ist nichts bekannt. Wie nun aber die Hautaffektion zu deuten ist, ob sie als idiopathisch oder als Folgezustand der Tabes anzusehen ist, und inwieweit der Pilz für manche pathologische Veränderung, wenn er überhaupt pathogen gewirkt hat, beschuldigt werden darf (es kommen hier die Infektionen mit Aspergillus fumigatus in Betracht), das zu entscheiden, ist nach den vorliegenden Daten unmöglich.

L. Philippson-Hamburg.

b. *der Cutis.*

Ein Fall von Rhinosklerom, von Secretan und Stilling. (*Rev. médic. de la Suisse romande*, Nr. 3, 1892.) Es handelt sich um einen 30jährigen Patienten aus den Walliserbergen, der seine Erkrankung auf eine Erkältung zurückführt. Die Untersuchung wies 11 rundliche, rosarote, nicht sehr harte Tumoren von verschiedener

Konsistenz nach, die sich auf die ganze Respirationsschleimhaut, von der vorderen Nasenhöhle bis zur Trachea, verteilten; der gröfste, im Nasenrachenraum, zeigte eine höckerige Oberfläche. Erscheinungen: Mäfsige Dyspnoe, leichte Heiserkeit, ozaenaartiger Geruch und schleimige Sekretion; äufsere Haut intakt; Allgemeinbefinden sehr gut. Die Verfasser stellten die Diagnose: Rhinosklerom, welche durch die histologische und bakteriologische (spezifische Bazillen von von Frisch) Untersuchung bestätigt wurde. Es ist dies nach den Angaben der Verfasser der erste in der Schweiz diagnostizierte Fall dieser Affektion. Vielleicht gehört jedoch hierher ein aus derselben Gegend stammender Fall von Chorditis hypertrophica inferior, der vor einigen Jahren am Lausanner Spital behandelt worden war.

Therapie: Entfernung der zugänglichen Tumoren mit der galvanischen und kalten Schlinge und Ätzung mit Chromsäure; Sondierung der Trachea mit den Schrötterschen Sonden, wodurch die Dyspnoe bedeutend gebessert wurde.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Kasuistische Beiträge zur Verbreitung des Erysipelas, von Dr. Stumpf. (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, Nr. 11, 1892). Verf. berichtet über einige Erysipelasfälle, bei denen mit Recht die Übertragung durch eine Hebamme stattgefunden haben mufs. In therapeutischer Beziehung glaubte Verfasser, dafs Stichelungen der Randzonen und Imprägnieren der Stichkanäle mit Sublimat grofsen Einflufs auf die Kokken ausüben würden, aber es war nicht der Fall. Ebensowenig wirkten Ichthyoleinreibungen oder Jodoform mit Ichthyol gemischt. Am meisten Vorteil brachte ihm die Verabreichung von Antipyrin, je nach Alter und Geschlecht, morgens und abends je 0,05—2,0 g pro dosi und subkutane warme 3%ige Karboleinspritzungen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über zwei Fälle von Lichen planus miliaris acutus, von W. Dubreuilh und J. Sabrazès. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* 1892. S. 65.) Der Mitteilung der beiden Fälle geht eine kurze Besprechung des jetzigen Standes der Lichenfrage vorher. Die Fälle betrafen, wie die meisten hierhergehörigen Beobachtungen der beiden Autoren, Leute unter 30 Jahren, entgegen der Erfahrung von Colcott Fox, der die Krankheit meistens bei Patienten im ersten Lebensjahre oder über 30 Jahre gesehen hat.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von W. Dubreuilh. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* 1892. S. 74.) Der Ausschlag hatte sich in diesem Fall sehr schnell, in kaum 18 Tagen, über den ganzen Körper ausgebreitet. Die Krankheit verlief wie gewöhnlich recht langsam, Heilung erfolgte erst nach einem Jahr, und auch da blieben noch am Nacken, am Kreuz, an den Beinen und Füfsen Herde von kleinen Knötchen zurück, die am meisten dem Lichen planus circumscriptus Vidal glichen. Während der ganzen Dauer der Krankheit bestand heftiges Jucken.

Türkheim-Hamburg.

Über die Behandlung schwerer Phlegmonen, von Helferich. (*Berl. klin. Woch.* 1892. No. 4.) H. empfiehlt eine energische chirurgische Behandlung phlegmonöser Prozesse („Unsere Ehre erfordert es, dieselbe zum Stehen zu bringen"): Von der Infektionsstelle beginnend wird (an der Hand, wenn nötig unter Spaltung des lig. volar. proprium) ausgedehnt inzidiert, bis man nach oben auf wirklich normales Gewebe gelangt. Ausspülung mit Kochsalzwasser, Austapezieren der ganzen Wunde mit dünner Schicht Jodoformgaze, feuchtwarmer Verband mit Salicyl-Borsäurelösung, vertikale Suspension. Sobald die Wunde gleichmäfsig granuliert, wird sekundäre Vereinigung der Wunde vorgenommen. — Zur Mobilisierung der Finger und Hand empfiehlt H. warm den Krukenbergschen Apparat; durch Benutzung eines Pendels wird passive Vergröfserung aktiver Bewegungen erzielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Therapie der Sykosis, von Dr. Ernst Kromayer. (*Therapeut. Monatsh.* No. 4). Folgende beide Punkte sind für die Behandlung der Bartflechte wichtig:

1. Jede Sykosis ist parasitär.
2. Jede Sykosis verbreitet sich durch epidermidale Autoinfektion.

Daraus folgt für die Therapie die Aufgabe: a) die epidermidale Autoinfektion zu verhindern und somit dem Weitergreifen und Recidiven der Sykosis vorzubeugen; b) die schon infizierten Stellen zur Abheilung zu bringen. Die dadurch bedingte Behandlung gestaltet sich folgendermafsen: Abends (nachdem natürlich der Bart rasiert oder doch wenigstens kurz geschnitten ist und etwaige Krusten, Borken, Schmutz entfernt sind): Epilieren, Betupfen mit Sublimatspiritus (1 : 99), Salbenverband (Acid. tann. 2,0, Sulfur. praecip. 4,0, Zinc. oxyd., Amyl. ää 7,0, Vasel. flav. 20,0), Morgens: Abnahme des Verbandes, Reinigen der Haut mit flüssigem Fett (Paraffin) von Salbenresten, Sekreten, Krusten, Desinfizieren mit Sublimatspiritus und Salbenverband oder, wenn letzteres während des Tages aus Rücksicht auf die Beschäftigung des Patienten nicht angeht, Einfetten der Haut mit Vaseline, eventuell Einpudern.

L. Hoffmann-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen.

In der Société médicale des Hopitaux (*Progrès médical.* No. 12. 1892) teilte Raymond einen Fall von **Addisonscher Krankheit** mit, bei dem die Nebennieren intakt, dagegen eines der Ganglia coeliaca sklerös entartet gefunden wurde.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Epithelioma folliculare cutis, ein Beitrag zur Geschwulstlehre, von O. Israel. (*Virchow-Festschrift.*) Verfasser beschreibt unter dem Namen Epithelioma folliculare cutis 3 Geschwülste, die sich den bekannten Geschwulstformen nicht anreihen lassen. Die Geschwülste safsen in zwei Fällen (½jähriges Kind und 55jährige Frau) am Hinterkopf, in einem Falle (56jährige Frau) an der Bauchwand.

Sie stellen sich dar als traubige Knollen mit kraterförmigen Vertiefungen auf der Oberfläche, die teils klaffen, teils mit Epithelmassen angefüllt sind. Die Haut geht über die pilzförmige Neubildung hinweg in normaler Beschaffenheit, nur auf der Höhe derselben ist sie verdünnt und vielfach durchbrochen von kraterförmigen Öffnungen. Die einzelnen Knollen sind durch aus der Kutis stammendes Bindegewebe getrennt und lösen sich mikroskopisch in feinere Läppchen auf, die auf Durchschnitten ein Bild geben ähnlich den schlauchförmigen Drüsen, die sich den acinösen Formen nähern. Der Befund entspricht sonst ganz demjenigen bei Epithelioma molluscum, es stellen sich diese Geschwülste dar als epitheliale Neubildungen, Retentionsgeschwülste (in den epidermoidalen Wucherungen finden sich massenhaft Molluscumkörperchen) infolge gesteigerter Proliferation epithelialer Elemente, und zwar entsprechend den Virchowschen Angaben über das Epithelioma molluscum, ausgehend von den Haartaschen. — Das Fehlen jeder Ulceration und die mikroskopische Untersuchung sind für die Diagnose wichtig. Im Gegensatz zu dem Molluscum contagiosum steht das solitäre Auftreten; eine parasitäre Ursache ist für das Epithelioma folliculare ebensowenig anzunehmen, wie dieselbe trotz des apodiktischen Ausspruchs Neissers für Epithelioma molluscum bewiesen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Akromegalie, von H. A. Hare. (*Med. News.* 27. Febr. 1892.) Die 25jährige Patientin hatte seit 3 Jahren an Menstruationsstörungen gelitten, sowie an Abnahme der Sehkraft, enormer Gröfsenzunahme der Gliedmafsen und verschiedenen neuralgischen Beschwerden. Im Laufe dieser Zeit hatte das Körpergewicht um

65 Pfund zugenommen; auf dem linken Auge totale Amaurose, rechts zunehmende Beeinträchtigung des Sehfeldes. Der Dorsalteil der Wirbelsäule zeigt einen deutlichen Höcker; desgleichen eine analoge Ausbuchtung am Sternum, wie es scheint, durch abnormes Wachstum der 3. und 4. Rippen bedingt. Lichtdruckbilder der Patientin vor und nach der Erkrankung veranschaulichen diese Verhältnisse aufs deutlichste. Die Sehstörungen scheinen eine Bestätigung der Theorie von der Bedeutung der Glandula pituitaria cerebri bei diesem Leiden zu geben. *Philippi-Nieheim.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Über wechselseitige Beziehungen von Alopecia areata, Psychosen und Spermatorrhoe, von J. Crocq. (*Presse médic. belge.* No. 14. 1892.) Ein 31jähriger hereditär neuropathisch belasteter Mann, starker Alkoholiker und Raucher, mit ausgesprochenen Verfolgungsideen und heftiger Spermatorrhoe zeigte auf der Kopfhaut zwei Herde von Alopecia areata. Alle diese Affektionen müssen nach C.s Ansicht auf dieselbe Ursache zurückgeführt werden, nämlich eine Störung im centralen Nervensysteme, welche für die Entstehung der Alopecia, an sich eine „parasitäre Krankheit", den günstigen Boden geschaffen hat. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In No. 43, 1892, der *Deutsch. med. Wochenschr.* veröffentlicht Esteves seine Methode der **Favusbehandlung**, welche darin besteht, dafs erst die Krusten (!) abgeweicht, die Haut mit Theerseife und Sublimat- oder Karbollösung gereinigt, dann epiliert und zuletzt Resorzin (1 : 8) aufgetragen wird. Die Heilung soll auch bei ausgedehnten Fällen binnen 4 Wochen eingetreten sein. *P. Taenzer-Bremen.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Die Laus und ihre Mundteile, von Fr. Meinert. (*Entmolog. Meddel.* III, 2. 1892. pag. 58—83. m. T. Kjöbenhavn.) Erst De Geer sonderte den Linnéschen Pediculus humanus in die zwei Arten: Pediculus capitis und Pediculus corporis (vestimenti), die später als solche fast allgemein anerkannt sind. Schjödte stellte sich schon (1864) etwas zweifelnd dieser Sonderung gegenüber, und nach eingehender Untersuchung einer Reihe von Individuen folgert Meinert, dafs diese angenommenen Arten „nur Rassen oder Varietäten oder kaum das" seien; diese lieblichen Haustiere zeigen dieselbe Biegbarkeit und Variabilität wie die anderen Haustiere der Menschen. — Der Verfasser bespricht die Läuse der verschiedenen Menschenrassen, erst die von O. Fabricius (1780) beschriebene Var. groenlandica; er hat absolut keinen konstanten wesentlichen Unterschied zwischen diesen grönländischen und den typischen dänischen Individuen konstatieren können; ebenso ist es dem Referenten hier gegangen, der vor Jahren ähnliche vergleichende Untersuchungen machte. Die Arbeit von Murray (1861) über die bei 15 verschiedenen Menschenrassen untersuchten Läuse ist auch nicht im stande gewesen, eine neue Art von Laus festzustellen; einige mir von Semper (1870) zugeschickte Läuse vom Kopf eines philippinischen Negrito schienen mir auch mit unserer Kopflaus spezifisch identisch, und der von Fabricius beschriebene Pediculus nigritarum ist gewifs ohne alle spezifische Berechtigung. — Der Verfasser liefert dann eine eingehende Untersuchung der so viel umstrittenen Mundteile der Läuse, indem er von den Verhältnissen bei der Schweinslaus (Pediculus suis, L.) ausgeht. Seine Darstellung, die durch gute Figuren illustriert ist, weicht wesentlich von der von Burmeister und von Schjödte gelieferten ab; er accentuiert die nicht geringe Ähnlichkeit des Mundapparats der Läuse mit dem der Fliegen.

R. Bergh-Kopenhagen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Behandlung der harnsauren Diathese, von ALAFBERG. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1892, Nr. 10.) Verfasser rühmt auf Grund von an seiner eigenen Person wie an Patienten gemachten Erfahrungen die Wirkung der Kronenquelle auf arthritische Prozesse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne, von SPIEGLER. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1882, Nr. 2.)

Verfasser empfiehlt als Eiweifsreagens, das noch Eiweifs im Verhältnis von 1 : 50000 nachweist, folgende Lösung:

Sublimat 8,0
Acid. tartar. 4,0
Aq. dest. 200,00
Sant. alb. 20,0.

Von dieser Lösung läfst man mittelst der Pipette dem filtrierten und mit wenig konzentrierter Essigsäure versetzten Harne langsam Tropfen für Tropfen zufliefsen, so dafs die Flüssigkeiten sich nebeneinander schichten. An der Berührungsstelle bildet sich längstens nach einer Minute ein scharfer, weifslicher Ring, der besonders gut zu erkennen ist, wenn man als Hintergrund einen dünnen schwarzen Stab benutzt. Der Zusatz der Essigsäure bezweckt erstens das Ausfällen der dieselbe Reaktion gebenden Mucine, zweitens die Zersetzung vorhandener Karbonate, damit kein Quecksilberkarbonat entsteht, und endlich das Freiwerden der Phosphorsäure aus den Alkaliphosphaten, mit welchen sich Sublimat sonst leicht zu Quecksilberphosphat umsetzt. — Propeptone ergeben dieselbe Reaktion, Peptone nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Endoskopie und Therapie der Harnröhrenkrankheiten bei Frauen, von A. EBERMANN sen. (*St. Petersburg. mediz. Wochenschr.*, 1891, No. 47.) Verfasser bespricht zuerst die Anatomie der Urethra beim Weibe, die im ganzen der Urethra masculina posterior entspricht; sie zerfällt in 2 Teile, einen ca. 1 cm langen oberen und den mit der Vaginalwand fest verbundenen unteren. Die Schleimhaut, reich an elastischen Fasern, trägt im unteren Teile Pflasterepithel, im oberen ist sie bedeckt mit zahlreichen, gefäfsreichen Wärzchen. In der Nähe des Orificium externum Vertiefungen, in welche die Schleimfollikel münden; in der Submucosa elastische Fasern, unter derselben quer und längs verlaufende Muskelfasern. In dem oberen Teile ein unwillkürlicher innerer, im unteren ein willkürlicher äufserer Cylinder; nach LUSCHKA giebt es noch einen dritten, entsprechend dem Introitus vaginae. Endoskopisch erscheint die Schleimhaut faltig, zartrosa oder gelblich-rosa; die centrale Öffnung erscheint wie ein dunkler, mehr oder weniger runder Punkt. Die LITTRESchen Drüsen sind in der Norm niemals sichtbar, bei der Gonorrhoea chronica treten sie in Form kleiner, einzeln oder in Gruppen stehender Erhebungen hervor. Von Erkrankungen bespricht E. besonders die Gonorrhoea chronica (häufig leicht blutende Granulationen), Condylomata acuminata, Strikturen (nur traumatisch), Fissuren am Blasenhals. Er empfiehlt bei letzteren Kokain und concentrierte Argentum-nitricum-Lösung, gegen Gonorrhoea chronica Jodoformstäbchen, Tinct. Jodi etc. Kondylome beseitigt er in leichten Fällen mit Chromsäure und Acidum nitric. concentratum; in schwereren durch Abtragung und Ätzung. Erfolg sah er zuweilen von der Einführung mit Tinct. Tujae occidentalis getränkten Marlystreifen in die kondylomatöse Urethra.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fall von Torsion des Samenstranges, von H. GERVAIS. (Inaug.-Dissertation 1891. Breslau.) Ein 4jähriger Knabe, welcher gefallen war, bekam 1 Tag später

Rötung und schmerzhafte Anschwellung des Skrotums. Eine direkte Kontusionierung des Hodens hatte nicht stattgefunden. Per exclusionem kam man zur obigen Diagnose, welche durch die Operation auch bestätigt wurde. Denn der betreffende Hoden war blaurot, geschwollen, der Körper und Kopf des Nebenhodens waren mit ektasierten Venen überzogen. Die Cauda der Epididymis war 360° um die Queraxe gedreht. Der Hoden wurde abgewickelt, und ging die Heilung gut von statten, nur eine kleine Partie stiefs sich nekrotisch ab.

Der Verfasser führt die Torsion auf ein zu langes Mesorchium zurück, ein Befund, der auch in den bisher bekannten Fällen vorhanden war (der v. Meyersche Fall[1] scheint dem Verfasser entgangen zu sein. Derselbe verlief gleichfalls glücklich. Ref.) *P. Taenzer-Bremen.*

Über die circinäre Form der Balanoposthitis, von Berdal und Bataille. (*Méd. moderne*, No. 18 ff., 1891.) Diese Form, welche sehr kontagiös sein soll, beginnt mit scharfbegrenzten, weifslich geränderten Erosionen, die kreisförmige Gestalt besitzen und sich allmählich vergröfsern und schliefslich auch die ganze Glans ergreifen können. Zwischen den einzelnen Kreisen bleiben Inseln normaler Haut stehen.

Die Krankheit wird durch bestimmte Bakterien erzeugt und läfst sich daher leicht überimpfen. In Analogie hierzu wird eine bestimmte, aber noch wenig bebekannte Vulvitis beim Weibe gebracht. Dauer der Krankheit 3—4 Wochen. Gleichzeitig besteht Lymphangitis und Lymphadenitis, starke übelriechende Sekretion mit vielen Bakterien; in therapeutischer Beziehung empfehlen die Verfasser Argentum nitricum, Sublimat, Karbolsäure etc. *P. Taenzer-Bremen.*

Gicht des Penis, von S. Smyth. (*Brit. Med. Journ.*, Januar 30, 1892.) Ein 60jähriger, verheirateter Marinekapitän, der früher an gelegentlichen Attacken von Gicht im rechten Fufs gelitten hatte, erkrankte mit folgenden Erscheinungen am Penis: starke Schwellung des Gliedes, Priapismus, Phimosis (welche eine Inzision nötig machte), Urindrang, starke Schmerzen und später Entleerung von schleimig-eitriger Flüssigkeit aus der Harnröhre. Hoden nicht affiziert. Am 5. Tage Besserung. Behandlung bestand in feuchten Einwickelungen des Teiles und der Darreichung von Kalium bicarbonicum mit Colchicum und Magnesium sulphuricum. Im folgenden Sommer stellte sich ein ganz ähnlicher Anfall wieder ein. *Philippi-Nieheim.*

Chlorzink beim weichen Schanker und beim Bubo, von Balzer und Souplet. (Referiert aus *Bulletin Médical*, Paris 1891, S. 899, in *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1892, S. 78.) Die Verfasser empfehlen namentlich die Socinsche Chlorzink-Paste (Zinc. chlorat. 5,0 — Zinc. oxyd., Aq. dest. ää 50,0). Von dieser Paste wird auf den sorgfältig gereinigten und getrockneten Schanker aufgetragen, wobei man auf die gesunde Haut keine Rücksicht zu nehmen braucht, und 24 Stunden lang liegen gelassen. Das Verfahren wird noch 1—2 mal wiederholt; der Schanker ist alsdann nicht mehr infektiös und kann mit Jodoform oder einem anderen Pulver weiter behandelt werden. Der Schmerz, den die Paste verursacht, ist erträglich. — Beim Bubo führt man, nach Entleerung des Eiters, etwas Paste in die Wundhöhle ein, oder tamponiert, bei stark ulceriertem Bubo, die Wundhöhle mit einigen Streifen Hydrophile aus, die man vorher mit der Zinkpaste durchtränkt hat. Nach 3—4 Tagen Verbandwechsel, im ganzen etwa drei. Es treten aber dabei recht heftige und mehrere Stunden anhaltende Schmerzen auf. *Türkheim-Hamburg.*

---

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, XIV., pag. 259.

P. Thiéry und H. Fosse empfehlen in der *Gaz. méd.*, 1891, S. 532 (nach einem Referat im *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1892, S. 78) **die Anwendung des Karbol-Spray bei der Orchitis.** Derselbe soll 3mal täglich, so heifs wie möglich, je 20 Minuten lang durch 8 Tage angewandt werden. — Die von den Verfassern gerühmten Vorzüge erreicht man aber auch in derselben Zeit mittelst der viel einfacheren und billigeren heifsen Verbände. *Türkheim-Hamburg.*

Vereinfachte Behandlung der Harnröhrenstriktur, von W. H. Dukeman. (*Occid. med. Times*, März 1892.) Verfasser wendet sich gegen die unnötige Anwendung von Sonden, namentlich der gebogenen. Wo sich eine Striktur findet, inzidiert er mit einem passenden Urethrotom, irrigiert mit kalten antiseptischen Lösungen und läfst den Kranken im Bette liegen. Nach acht Tagen zuerst Sondieren. Diese Bemerkungen dürften vielfach in der allgemeinen Praxis beachtenswert sein.

Philippi-Nieheim.

Posthitis chronica, wie Leucoplasia aussehend, von L. Perrin. (*Annales de derm. et de syph.*, 1892, S. 22.) Bei einem 49jährigen, sonst ganz gesunden Handelsmann ist die innere Fläche der Vorhaut mit einer weifsen harten, teils glatten, teils gefalteten Membran ausgekleidet, die sich streifenförmig um das ganze Glied herumlegt und namentlich bei Erektionen lästig wird. Auch bilden sich zuweilen schmerzhafte Risse in derselben, die aber schnell wieder heilen. Das Leiden besteht ziemlich unverändert seit 3 Jahren. Nach Ausschlufs aller anderen Möglichkeiten erklärt Perrin die Geschwulst für eine Posthitis chronica, die in naher Verwandtschaft zu der Balanitis chronica Fourniers stehe. — Eine Operation wurde nicht gestattet, und die anempfohlene Therapie scheint objektiv nicht viel geändert zu haben, hat aber den Kranken zufriedengestellt. *Türkheim-Hamburg.*

In der Société de Biologie teilte Bazy (*Le Progrès médical.* No. 12. 1892) die Resultate von Experimenten mit, wobei er bei 5 Hunden und Kaninchen **künstliche Cystitis** erzeugte, indem er den Tieren, nach vorhergegangener Unterbindung der Urethra, Kulturen des Bacillus coli in die Venen injizierte. Einige Tage nach den Injektionen fand sich der Bacillus in der Blase wieder, auf der Blasenwand zeigten sich Ecchymosen und entzündliche Läsionen, welche von der Schleimhaut ausgegangen waren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen in der Mundhöhle, von Guiseppe Sanarelli. (*Centralbl. f. Bakteriol.*, 1892, No. 25.) Verfasser unterzog sich der Aufgabe, den Einfluſs des Speichels auf die zahlreich in demselben vorkommenden pathogenen Mikroorganismen zu prüfen. Es wurde Speichel durch den Chamberlandschen Filter filtriert und mit den verschiedensten Kulturen versetzt; geprüft wurden: Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, Diphtheriebacillen, Micrococcus tetragenus, Diplococcus pneumoniae, Typhusbacillen und Choleraspirillen mit folgendem Ergebnis:

Der Speichel ist ein durchaus ungünstiger Nährboden für gewisse pathogene Mikroorganismen und vermag dieselben, wenn ihre Menge eine gewisse Grenze nicht überschreitet, zu vernichten. Der Diphtheriebacillus hält sich relativ lange auf, geht aber auch schliefslich zu Grunde; der Diplococcus Pneumoniae findet im Speichel einen vorzüglichen Nährboden, wächst rapide, verliert aber an Virulenz.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dr. UNNAs dermatologische Preisaufgabe

für das Jahr 1892

lautet:

„Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen".

Bedingungen.

1. Die Bewerbung ist eine vollkommen unbeschränkte; jedoch ist das Thema speziell nach Inhalt und Umfang für medizinische Doktoranden berechnet.

2. Die Aufgabe wird jährlich um Ostern ausgeschrieben.

3. Die Arbeit mufs bis zum 1. Dezember desselben Jahres eingeliefert werden.

4. Der Preis beträgt *M.* 300.—.

5. Die Erteilung des Preises findet im Laufe des Monats Januar des auf die Ausschreibung folgenden Jahres statt.

6. Die Arbeit ist, mit einem Motto versehen, an die *Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 18,* kostenfrei einzusenden nebst einem versiegelten Briefe, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält und aufsen dasselbe Motto trägt.

7. Die Arbeit mufs in deutscher Sprache und durchaus leserlich auf einseitig beschriebenen Bogen geschrieben sein. Die notwendigen Zeichnungen sind auf besonderen Blättern beizulegen.

8. Belegpräparate sind in möglichst reicher Auswahl, gut verpackt, der Arbeit beizufügen; die der preisgekrönten Arbeit angehörigen verbleiben im Besitze des Preisgebers.

9. Praktische Hinweise zur Lösung: Die Preisaufgabe stützt sich auf die Thatsache, welche seit Anwendung spezifischer Färbungsmethoden für das elastische Gewebe erst allgemeiner bekannt wurde, dafs bei den meisten Entzündungen und Neubildungen der Haut das elastische Gewebe rascher schwindet als das kollagene, und zwar unter verschiedenen Bildern der Atrophie. Da nun eine irgendwie allseitige Durcharbeitung der Frage nach der De- und Regeneration dieses Gewebes gleichbedeutend wäre mit einer Durcharbeitung der gesamten Hautpathologie, so ist bei Stellung der Aufgabe von einer schärferen Begrenzung in extensiver Richtung überhaupt abgesehen. Schon die genaue Durchforschung der Neubildungen allein würde die der Preisaufgabe gesteckten Grenzen überschreiten. Es wird mithin nur darauf gesehen, dafs an **wenigen** und unter sich möglichst verschiedenen Objekten der Prozefs bis in das kleinste Detail genau untersucht wird. Im übrigen wird aber dem Preisbewerber volle freie Hand gelassen.

Als Methode wird wie bei der ersten Preisaufgabe die Taenzersche Orceinmethode als die beste empfohlen, ohne andere irgendwie auszuschliefsen.

Das Material zu dieser Arbeit wird sich nicht sowohl in pathologischen Sammlungen als vielmehr in dermatologischen Kliniken finden lassen, und deshalb ist das Thema auch vorzugsweise für Ärzte geplant, welche sich spezieller in dieser Richtung beschäftigen.

Als ganz besonders geeignet zur Lösung der Aufgabe müssen solche entzündlichen und neoplastischen Prozesse bezeichnet werden, welche einen akuten Verlauf haben und von Anfang bis zu Ende beobachtet werden können. Besonders würden sich syphilitische Infiltrate eignen, da man deren Schwund und damit die Regeneration des elastischen Gewebes künstlich beeinflussen kann.

Fig. 1.

Fig. 2.

SACK: Lichen scrophulosorum (Tuberculosis lichenoides cutis).

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

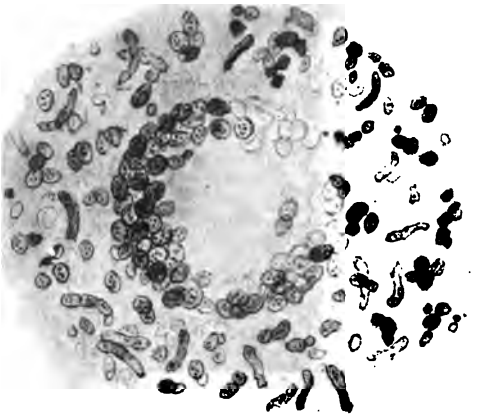


Fig. 1.

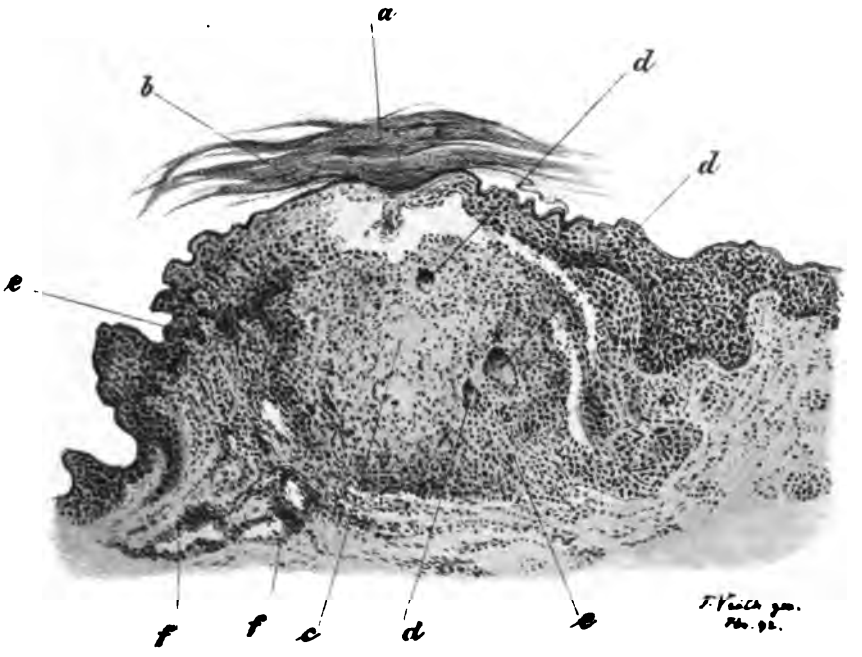


Fig. 2.

SACK: Lichen scrophulosorum (Tuberculosis lichenoides cutis).

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIV. No. 12. 15. Juni 1892.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Der Streptobacillus des weichen Schankers.

Von

P. G. Unna.

Die Ätiologie des weichen Schankers ist noch völlig dunkel. Die Zeiten sind allerdings unwiderruflich dahin, wo man über seine Identität mit der syphilitischen Initialsklerose debattieren konnte. Die ganze Welt ist überzeugt, dafs für ihn ein spezifischer Organismus existiert, der gelegentlich schon einmal gefunden und rein kultiviert werden wird. Bisher aber hat die Auffindung eines anerkannten Schankerbazillus noch auf sich warten lassen. Die einzige Arbeit, welche von den meisten Forschern als ein positiver Fortschritt in dieser Richtung betrachtet wurde, war die Beschreibung eines Bazillus durch Ducrey[1] im Jahre 1889. Dieser Forscher konnte wenigstens natürliche Reinkulturen desselben aufzeigen in Sekreten solcher Schanker, welche künstlich extragenital fortgeimpft waren. Aber auch Ducrey ist es bisher nicht gelungen, diesen Bazillus seiner Sekretpräparate zu kultivieren und durch Rückimpfung die ätiologische Bedeutung desselben zu erhärten. Ebenfalls ist es demselben bisher nicht möglich gewesen, dieselbe Bazillusart konstant in dem Gewebe des weichen Schankers und in einer Verteilung aufzufinden, welche die klinische und histologische Beschaffenheit des weichen Geschwüres erklärt.

Von der letzteren Seite her ist es mir nun möglich gewesen, wie ich glaube, die Ätiologie des Ulcus molle um einen wesentlichen Schritt zu fördern.

In 5 hintereinander untersuchten reinen Fällen, in denen die klinische Diagnose von mir über allen Zweifel sichergestellt war und welche eben deshalb zur histologischen Untersuchung der Affektion ausgeschnitten und in absolutem Alkohol eingelegt waren, fand ich gelegentlich dieser Untersuchung zu meiner Überraschung einen und denselben

[1] Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. pag. 387.

Bazillus vor, dessen Beschreibung ich in Folgendem geben will. Ich hoffe, jeder Leser wird aus derselben den Schluſs ziehen, daſs dieser durch seine Eigenschaften hervorragend gut charakterisierte Mikroorganismus mit sehr groſser Wahrscheinlichkeit bereits als der Bazillus des weichen Schankers bezeichnet werden darf, trotzdem es mir bisher nicht möglich war, aus Mangel an geeignetem Material an die Kultur desselben heranzugehen und damit den Beweis seiner ätiologischen Bedeutung zu liefern.

Es versteht sich von selbst, daſs dieser Fund mir nur mittelst einer besonderen Färbemethode gelang. Es ist dieselbe Methode, deren ich mich neuerdings fast ausschlieſslich zur gleichzeitigen Darstellung von Plasmazellen, Mastzellen und Hornbakterien bediene und die ich in meiner Arbeit über die Färbung der Hornbakterien[2] beschrieben habe: Behandlung der aus Alkoholhärtung kommenden Schnitte mit stark alkalischem Methylenblau und Entfärbung mittelst Glyzerinäthermischung[3] (oder Styron). Man bringt die stark überfärbten Schnitte auf den Objektträger, trocknet rasch mit Löschpapier ab und bringt sofort einen Tropfen der Glyzerinäthermischung auf denselben, welcher in wenigen Sekunden die Entfärbung vollendet. Dann wird wieder mit Löschpapier getrocknet, einige Tropfen absoluten Alkohols zur vollständigen Entwässerung, dann Bergamottöl und Balsam aufgetragen. Das vorherige Abtrocknen vor der Entfärbung bezweckt eine tiefere Tinktion des Bazillus, der ohne diesen Kunstgriff durch die Glyzerinäthermischung leicht zu stark mit entfärbt wird. Die Abtrocknung modifiziert die elektive Wirkung der Entfärbung noch mehr zu Gunsten des Bazillus, als es die Glyzerinäthermischung (oder Styron) allein bewirken würde. Als Färbeflotten sind alte mit Kalium causticum oder Kalium carbonicum angesetzte Methylenblaulösungen den frischen vorzuziehen. Sehr empfehlen kann ich zu dieser wie zu vielen anderen Zwecken folgende Lösung:

Methylenblau
Kalii carbonici aa 1,0
Aquae destillatae 100,0
Spiritus 20,0
M. Coque ad remanent. 100,0

Adde:
Methylenblau
Boracis aa 1,0
in Aqua destillata 100,0
Soluta misce. S.

Zusammengesetzte Methylenblau-Lösung.

---

[2] Die Färbung der Mikroorganismen im Horngewebe. Leopold Voss, Hamburg, 1891.

[3] Meine „Glyzerinäthermischung“ ist bei Schuchardt (Görlitz) vorrätig (100 gr = 1,50 ℳ).

Man sieht nun an in dieser Weise gefärbten Schnitten mit Ölimmersion (am besten: 1/16) die ganze äufsere Zone des weichen Schankers von den Bazillen und zwar nur von dieser einen Art erfüllt. Ist der weiche Schanker ganz frisch, stellt er nur eine wie mit dem Locheisen ausgeschlagene, seichte Grube dar, so ist der Bazillus lediglich auf diese obere, in Nekrobiose befindliche Zone und einen nächst anliegenden Streifen des noch nicht zerfallenden plasmomatösen Gewebes beschränkt. Ist der Schanker dagegen älter und ist die für ihn charakteristische Zerklüftung des weichen Grundes durch tief, radiär nach allen Seiten eindringende Spalten eingetreten, so finden wir den Bazillus auch tief in das Plasmomgewebe des Ulcus molle eingedrungen. Er begleitet jede Spalte bis in die äufserste Tiefe und erfüllt den die Spalten auskleidenden nekrobiotischen Saum in einer Weise, die den Schlufs gestattet, dafs die ausgefallenen nekrotischen Partien denselben ebenfalls enthalten haben. Auch hier geht der Bazillus überall ein wenig über die Grenze des absterbenden Gewebes hinaus in das noch lebende Plasmomgewebe, aus dem der weiche Schanker sich fast ausschliefslich aufbaut.

Soweit die Topographie des Bazillus im Gewebe, welche genau den Anforderungen entspricht, die man an einen Organismus des Ulcus molle billigerweise stellen kann.

Was nun die Formverhältnisse des Bazillus anlangt, so handelt es sich um eine ziemlich kleine und kurze Art. Die Länge beträgt 1¼ bis 2 μ, die Breite ist konstanter $= 1/3\ \mu$. Die Variabilität der Länge hängt offenbar mit dem Querteilungsmodus des Bazillus zusammen; die eben geteilten messen 1¼ μ, die langen Exemplare stehen vor der Teilung. Die Ecken des Bazillus sind nicht abgerundet.

Seine volle Charakteristik erhält der Bazillus aber erst durch die merkwürdige Art seines Wachstums im Gewebe in Form von Ketten. Schon in der schmalen Zone junger Schanker fällt die häufige Aneinanderreihung mehrerer Bazillen zu kurzen Ketten von 4—6—10 Gliedern auf, die, leicht wellig gebogen, sich zwischen den Zellen des Gewebes hinschlängeln. Dicht am äufseren Rande sieht man solche Ketten häufig parallel der Oberfläche, an der Grenze gegen das gesunde Gewebe dringen aber einzelne Ketten senkrecht zur Oberfläche in die Tiefe, d. h. in das noch lebendige Gewebe ein. Statt einzeiliger Ketten sieht man sodann 2-, 3-, ja 4-zeilige, welche an einzelnen Stellen schon den Eindruck von Haufen machen, die sich durch ein regelmäfsig längsstreifiges Korn auszeichnen. An anderen Stellen findet man dann wirkliche, noch breitere Haufen, die unschwer ihre Entstehung aus Bazillenketten erkennen lassen. Eben so leicht sind schräge Reihen von dachziegelförmig sich deckenden Bazillen als seitlich verschobene Ketten zu deuten. Wo man mithin die

Bazillen in ihrer auf den ersten Blick oft zufällig erscheinenden Lagerung genauer untersucht, findet man die Kette als das Grundprinzip. Ihr Wachstum ist also ein ähnliches wie das der Streptokokken.

Viel grofsartiger tritt das kettenartige Wachstum aber noch an den älteren, von langen Spalten zerklüfteten Schankern hervor. Hier begleiten die Bazillen in Ketten von 100 μ und mehr, gewöhnlich 2- bis 3-zeilig, die Spalten in die Tiefe, flieſsen hier und da mit anderen in einiger Entfernung parallel verlaufenden Ketten zusammen, um sich dann wieder zu trennen und selbst unter Umständen noch einmal zu vereinigen. So bilden die Kettenbazillen oft langausgezogene Schleifen, stimmgabelartige Figuren und Doppelringe im Gewebe. Stets verlaufen diese langen Ketten leicht wellig gebogen und ganz ausnahmslos in den Lymphspalten, zwischen den Gewebszellen. Niemals habe ich sie bisher in den letzteren und auch niemals in Leukozyten angetroffen, niemals endlich in Blutgefäfsen.

Da sie ferner am dichtesten im nekrobiotischen Gewebe angetroffen werden und dessen Grenzen überall nur wenig überschreiten, so mufs ihnen die Fähigkeit zugeschrieben werden, das Gewebe in ihrer Nachbarschaft abzutöten. Denn andere Ursachen dieser Nekrose sind durchaus nicht ersichtlich. Vor allem sind keine anderen konkurrierenden Mikroorganismen weder mit derselben Methode, noch mittelst anderer zu entdecken.

Besonders instruktiv in dieser Beziehung sind Kontrollpräparate, welche nach der Weigertschen Methode (Gentianaviolett, Jod, Anilin) gefärbt werden, die ja so unendlich viele Organismen darzustellen erlaubt. An diesen Präparaten sind die Kettenbazillen verschwunden und die Schnitte erscheinen für gewöhnlich ganz frei von Mikroorganismen. Manchmal aber trifft man Schnitte, welche einzeln gefärbte Bazillen oder Kokken verschiedener Art aufweisen. Diese sitzen aber alsdann regelmäfsig nur am äufsersten Saum des Schankers und nur an ganz vereinzelten Stellen. Niemals gehen sie in gröfserer Zahl in die nekrotische Zone ein, geschweige denn in die noch lebendige, darunterliegende. Es sind das offenbar diejenigen Organismen, welche bisher allein aus dem weichen Schanker gezüchtet wurden, ohne für denselben von Bedeutung zu sein.

Ebensowenig wie gegen Jod, ist der Bazillus den Säuren und dem einfachen Alkohol gegenüber im stande, die Farbe zu halten. Bisher habe ich ihn aufser auf die angegebene Weise nur mit einigen anderen Mitteln darzustellen vermocht, die auch als Hornentfärber bekannt sind, z. B. Glykol, Hydroxylamin. Am besten aber erwies sich meine Glyzeriniithermischung, in zweiter Linie Styron.

Nach dem bisher Mitgeteilten drängt sich natürlich die Frage auf, ob dieser Bazillus sich nur beim weichen Schanker oder auch bei anderen

ähnlichen Affektionen, besonders bei Geschwürsbildungen findet. Ich habe in dieser Beziehung eine gröfsere Reihe harter Schanker (Initialsklerosen), ein Herpesgeschwür, syphilitische sekundäre und tertiäre Geschwüre, ein gewöhnliches Ulcus cruris, Impetigo und Ekthymageschwüre untersucht, ohne auch nur die geringste Spur von dieser Bazillenform zu entdecken. Ebenso ergaben weiche Schanker, welche auf dem Übergange in syphilitische begriffen waren, und solche, die längere Zeit übermäfsig granulierten, und endlich ein weicher Schanker, der bereits mit Dermatol behandelt worden war, ein negatives Resultat. Nur in zwei serpiginösen Schankern fand ich ähnliche Kettenbazillen, deren Identität mit den Streptobazillen des weichen Schankers ich jedoch noch dahingestellt sein lassen möchte. Da die Frage der Identität oder Verschiedenheit des serpiginösen und weichen Schankers klinischerseits übrigens noch unentschieden ist, so resultiert gerade aus diesem nur vielleicht identischen Befunde gewifs keine Schwierigkeit für die ätiologische Bedeutung des von mir gefundenen Bazillus des weichen Schankers.

Jedenfalls geht aber für die Nachprüfung meiner Befunde als notwendige Vorsichtsmafsregel hervor, unbehandelte, frische, womöglich ganz junge Schanker zu diesem Zwecke zu exzidieren. Die therapeutischen Mittel, welche den Charakter des Ulcus molle modifizieren, scheinen auch die Nachweisbarkeit des Schankerbacillus sehr zu beeinträchtigen.

In dem soeben erwähnten, mit Dermatol behandelten Schanker, in welchem der Streptobazillus fehlte oder wenigstens sich dem Nachweise auf vielen Schnitten entzog, war beispielsweise an einer umschriebenen Stelle des nekrotischen Gewebes ein kurzer Diplobazillus eingedrungen, der hier und da zu ungeordneten Haufen sich vermehrt hatte. Das vereinzelte Vorkommen und die für den Prozefs uncharakteristische Lagerung, sowie das unreine Untersuchungsmaterial sprechen einem solchen und ähnlichen Vorkommnissen natürlich jede Bedeutung für die Ätiologie des Schankers ab.

Ist der hier beschriebene Kettenbazillus derselbe wie der von Ducrey beschriebene? Diese Frage habe ich mir natürlich vorgelegt, möchte sie aber lieber Ducrey zur Entscheidung überlassen. Derselbe giebt die Länge und Breite seines Bazillus zu 1,48—0,5 μ an, Gröfsenverhältnisse, die die von mir für den Einzelbazillus gefundenen etwas übertreffen. Auf diese Differenz möchte ich jedoch nicht allzuviel Wert legen, da meine Methylenblaufärbemethode die Bazillen jedenfalls extrem fein wiedergiebt und Ducrey vermutlich seine Bazillen an fuchsin- oder gentianaviolettgefärbten Präparaten mafs. Die mangelnde Jodfestigkeit giebt dieser Autor auch von seinen Bazillen als charakteristisch an. Weniger gut stimmt es dagegen, dafs dieselben abgerundete Ecken besitzen sollen, dafs sie im

Innern von Leukozyten vorkommen und dafs nirgend das charakteristische Vorkommen in Kettenform erwähnt wird. Doch könnten diese Differenzen immerhin durch den verschiedenen Fundort — dort Eiter, bei mir Gewebe — bedingt sein. Allerdings mufs ich aber darauf aufmerksam machen, dafs manche dieser Züge, die Einschnürung, die Abrundung der Ecken und die gröfsere Breite auf den von mir gelegentlich gefundenen Doppelbazillus, welchem ich keine Bedeutung zumesse, besser passen würden. Ich mufs die Entscheidung dieser Frage mithin einstweilen offen lassen.

Fasse ich zum Schlusse noch einmal die Punkte zusammen, welche die ätiologische Bedeutung des von mir gefundenen Streptobazillus zu stützen geeignet erscheinen, so sind es die folgenden:

1. Derselbe fand sich in den wenigen, mir zu Gebote stehenden ganz frischen, typischen Fällen von weichem Schanker jedesmal in erstaunlich grofsen Mengen vor.

2. Derselbe bildet in diesen Fällen Reinkulturen im Gewebe. Nur auf der Oberfläche kamen vereinzelt andere Organismen vor.

3. Derselbe ist in einer Lagerung innerhalb des Gewebes des weichen Schankers vorhanden, welche die Pathologie dieser Geschwürsform sowohl klinisch wie histologisch in sehr einfacher Weise aufklärt.

4. Derselbe fehlt, soweit die bisherigen Gegenuntersuchungen reichen, bei anderen Geschwürsformen, speziell bei syphilitischen, herpetischen und varikösen Geschwüren.

5. Derselbe besitzt mehrere Eigenschaften (Kettenwachstum, mangelnde Jodfestigkeit), welche ihn von den bisher bekannten und aus Geschwüren gewonnenen Organismen scharf unterscheiden läfst.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Cutis laxa.

Von

A. Winkelried Williams, M. B., C. M.
Edinburgh.

(Mit Tafel XIII.)

Der Name Cutis laxa wird gebraucht für eine eigentümliche Abnormität der Haut, bei welcher die Dehnbarkeit und Faltbarkeit der letzteren das gewöhnliche Mafs überschreitet. In ein oder zwei seltenen Fällen war die Anheftung der Haut so gering, dafs an einzelnen Stellen bis

fufslange Falten von der allgemeinen Decke abgezogen werden konnten. In diesen besonders merkwürdigen Fällen war aber die Elastizität qualitativ in einem höchst vollständigen Grade erhalten, so dafs eine ausgezogene Hautfalte im Moment, wo man sie losliefs, mit einem hörbaren Geräusch in ihre ursprüngliche Lage zurücksprang, gerade wie ein Stück Gummi, das man in die Länge gezogen hat. Ähnliche Zustände der Haut, bei welchen eine ungewöhnliche Laxität, aber in keinem so hohen Grade, bestand, sind nicht so selten gesehen worden.

Neuerdings hatte ich während meines Aufenthaltes in Dr. UNNAS Klinik Gelegenheit, einen Fall von Cutis laxa zu studieren, bei welchem diese eben beschriebene Abnormität in einem höheren Grade sich vorfand, als in irgend einem bis jetzt bekannten Falle, ausgenommen vielleicht einen Fall, der in BARNUMS Etablissement gezeigt worden ist. Der Patient, P. S., ist ein junger Mann von 22 Jahren, der schon an mehreren Orten in Deutschland in Schaubuden als „der anatomische Wundermensch mit der Gummihaut" ausgestellt gewesen ist. Neuerdings wurde er auch in Hamburg gezeigt, und er gestattete uns, ein Stück seiner Haut zur anatomischen Untersuchung zu exzidieren. Dr. SEIFERT und DU MESNIL hatten schon im Jahre 1889 ein Stück seiner Haut aus einer anderen Stelle des Körpers exzidiert und untersucht, aber da die Resultate ihrer Untersuchung und ihre Schlufsfolgerungen in manchen Punkten von den meinigen abweichen, und da nie ein ähnlicher Fall je in England genauer beschrieben worden, will ich die Resultate meiner Arbeit über die anatomischen und klinischen Verhältnisse der Haut bei diesem Falle von Cutis laxa mitteilen, sowie die Schlufsfolgerungen, die ich daraus ziehe, und die Punkte, in Bezug auf welche meine Forschungen von denen, welche Dr. DU MESNIL in seinen *Beiträgen zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten*, Würzburg 1890, publiziert hat, abweichen.

Die Litteratur über diese Fälle ist sehr spärlich. Aufser dem eben erwähnten Werke von DU MESNIL hat KOPP zwei Fälle von einem Vater und Sohn in der *„Münchener med. Wochenschrift"* 1888, No. 15, beschrieben. OTTO SEIFERT giebt im *„Centralblatt für klinische Medicin"*, Jan. 1890, eine vorläufige Beschreibung der Untersuchungen, die DU MESNIL später eingehend mitgeteilt hat. —

Das Folgende findet sich im Katalog des *College of Surgeons of London Museum Dermatology*, pag. 116, 117.

Dermatolysis

stellt GEORGIUS ALBES, einen Spanier, dar, im Begriffe, die Hautdecke der rechten Pektoralregion gegen sein linkes Ohr zu ziehen. Die Platte stammt aus JOHN BELLS Werk, welcher bemerkt: „Dieser junge Mann hatte die Haut auf nur einer Seite seines Körpers so erschlafft, dafs er sie ohne Schmerzen bis zu jedem Grad ausdehnen konnte." MUCK'REN erwähnt den

Fall unter dem Namen „debilitas extraordinaria cutis“, und sagt, dafs im Jahre 1657 ein junger Mann, ein Spanier, Namens Georgius Albes, von ungefähr 23 Jahren sich in unserem Hospital vorstellte und von van Sterne Syerius, Guilielm, Pyso und Franc. von der Uriel gesehen wurde; mit der linken Hand fafste er die Haut der rechten Brust und Schulter und zog sie aus bis sie seinen Mund berührte, oder indem er die Haut unter seinem Kinn mit beiden Händen fafste, konnte er sie wie einen Bart nach abwärts ziehen, bis sie seine Brust berührte, oder nach aufwärts, bis sie Augen und Gesicht bedeckte, oder er konnte sie noch mehr ausziehen, bis sie seinen Scheitel berührte; ebenso konnte er die Haut der Kniee in die Länge ziehen, wie es ihm gefiel, abwärts, aufwärts bis zur Länge von $^1/_2$ Yard. Die so ausgezogene Haut zog sich dann von selbst zurück. Aber dies alles war nur auf der rechten Seite des Körpers ausgebildet; es war eine Krankheit, kein durch Übung ausgebildetes Kunststück.“

„Consideratione dignum erat cutem eam, quae tegebat, dictis locis partes sinistras extendi nullo modo potuisse, firmissime iis adhaerentes; causam dignoscere hactenus non licuit.“

Coll. of Surgeons Museum Catalogue Dermatology pag. 116 u. 117.

Kopp behauptet, dafs die mikroskopische Untersuchung nur wenig ergiebt, aufser dafs die elastischen Fasern wahrscheinlich in ihrer Zahl vermehrt sind. Er stellt ferner die Theorie auf, dafs häufiges Infaltenziehen einer Haut, die von Geburt an nur mangelhaft mit dem unterliegenden Gewebe verbunden ist, zur Vermehrung der elastischen Fasern führe. Die Anomalie ist nach Kopp hauptsächlich das Resultat der ungenügenden Verbindung der Haut mit dem darunter liegenden Gewebe. Er macht darauf aufmerksam, dafs ganz ähnliche Verhältnisse bei den Affen und niederen Tieren vorkommen.

Von dem Falle, der in Barnums Buden gezeigt worden ist, fand ich keine wissenschaftliche Beschreibung. —

Ich will nun in Kürze die klinischen Befunde in betreff unseres Patienten P. S. mitteilen. Die vorliegende Photographie giebt wohl eine bessere Vorstellung von dem merkwürdig hohen Grad, den die Anomalie hier erreicht hat, als irgend eine lange Beschreibung.

Geschichte des Falles.

Familienverhältnisse: Bei keinem Gliede seiner Familie ist je ein ähnlicher Fall bekannt geworden.

Vorausgegangene Krankheiten: Die gewöhnlichen Kinderkrankheiten, aber nichts, was irgend Licht auf den gegenwärtigen Zustand der Haut werfen könnte.

Geschichte des gegenwärtigen Zustandes: Der Kranke

erinnert sich nicht, etwas von seiner Abnormität gewufst zu haben, bis sie vor vier Jahren gelegentlich entdeckt wurde. Er weifs auch keine Ursache für sie anzugeben. Seit sie entdeckt ist, hat sie beträchtliche und stetige Fortschritte gemacht und ist noch im Begriffe zuzunehmen.

Status praesens: Allgemeines: Aufser der Hautanomalie keine Spuren irgend welcher Mifsbildungen. Die Muskulatur ist etwas schlaff, pastöse Blässe der Haut, leichte Anämie der sichtbaren Schleimhäute, lymphatische Konstitution.

Ernährungs-, Zirkulations-, Respirations-, Uro-Genital- und Bewegungsorgane zeigen nichts Abnormes.

Hämopoietisches System: Leichte Anämie; Thyreoidea, Milz und andere Drüsen normal.

Nervensystem: Sensibilität normal, nur besteht eine grofse Empfindlichkeit gegen Kälte. —

Motorische Funktionen: Sowohl die willkürlichen als die reflektorischen Bewegungen sind ganz normal.

Vasomotorische Funktionen: Die äufsert rasche Weise, mit der der periphere Zirkulationsapparat auf Kälte reagiert, ist die einzige nachweisbare Abnormität.

Psychische Funktionen: Zeigen nichts Abnormes, nur ist seine Perzeption etwas langsamer Natur.

Haut.

Die Haut ist sehr trocken. Der Patient behauptet, selten zu schwitzen, und wenn er es thue, nur sehr mäfsig und nur auf starke Reize hin. Verschiedene Narben auf dem Körper sind sehr breit, augenscheinlich breiter, als den Verletzungen, durch die sie entstanden sind, bei normaler Haut entsprechen würde. Bei der Berührung fühlt sich die Haut eigentümlich sammtartig an. Die Haut und subkutanes Gewebe sind beide dünn; augenscheinlich ist das Fettgewebe nur schwach entwickelt. Das Merkwürdigste ist nun aber die enorme Dehnbarkeit der Haut und die Leichtigkeit, mit der die letztere über die unterliegenden Teile kann hin- und hergeschoben werden. Die Haut der oberen Region des Thorax kann so weit ausgezogen werden, dafs sie das ganze Gesicht bedeckt. Diese Laxheit ist über den ganzen Körper verbreitet, aber nicht überall in gleich hohem Grade. Sie findet sich selbst an Stellen, wo die Haut normalerweise fest mit den unterliegenden Fascien verbunden ist. Tafel XIII. stellt diese Verhältnisse an den verschiedenen Körperregionen dar. Wenn die Haut so ausgezogen wird, ist sie sehr durchscheinend. Läfst man die ausgezogene Haut los, so springt sie sofort in ihre frühere Lage zurück.

Diese Dehnungen verursachen dem Manne nicht den geringsten Schmerz. Die Haut kann selbst dann ausgezogen werden, wenn wir die umgebenden Hautpartien fixieren.

Histologische Untersuchung.

Ein Stück Haut wurde aus der Seite der Lumbarregion[1] exzidiert, in vier Teile geteilt und 1.) in Sublimatlösung, 2.) Sublimat- und Osmiumsäurelösung, 3.) Alcohol absol. gelegt, während das 4.) nach RANVIERS Goldchloridmethode für Nerven behandelt wurde. Die zwei ersten Stücke wurden dann gut ausgewaschen in gewöhnlichem Wasser und die Härtung in absolutem Alkohol vervollständigt. Die Präparate wurden dann in Celloidin eingebettet und geschnitten. Ich exzidierte auch ein Stückchen Haut von der Leiche eines jungen Mannes von ungefähr dem nämlichen Alter und behandelte es auf die gleiche Weise. Bei der Untersuchung der Schnitte stellte sich heraus, dafs die feinere Struktur der Haut am deutlichsten sich darstellte bei Schnitten, die mit Sublimat und mit Sublimat-Osmiumsäure behandelt waren. Meine Beschreibung hat vorzugsweise auf diese Bezug.

Die hauptsächlich angewandten Färbemethoden waren folgende:

Für das elastische Gewebe gebrauchte ich die von TAENZER und UNNA empfohlene saure Orceinlösung. Für die Kerne Hämatoxylin und Alaun-Karmin, für das kollagene Gewebe verschiedene Färbungen, z. B. Eosin, Karmin, Alkali-Blau,[2] Wasser-Blau,[3] Säure-Fuchsin[4] und Orange, wie es von Prof. KLEBS in Zürich gebraucht wird.

Die besten Resultate wurden mit schwach-wässerigen Lösungen von Wasser-Blau, Alkali-Blau und Säure-Fuchsin erzielt. Die Schnitte wurden gefärbt, bis sie eine sehr starke gleichmäfsige Färbung erlangt hatten, dann wurden sie in einer schwachen Lösung von Ammoniak beinahe völlig entfärbt und ausgewaschen, darauf mit einer 1% spirituösen Salzsäurelösung behandelt, bis eine schöne blaue resp. rote Farbe zurückkehrte. Gute Erfolge hatte ich mit der Entfärbung der Säure-Fuchsin-Schnitte mit einer starken Pikrinsäurelösung. —

Für Protoplasma-Färbung wandte ich folgende Methoden an:

1.) Karbol-Fuchsin, 2.) Pikrinsäure (kombiniert mit Säure-Fuchsin), 3.) Methylenblau. Letztere Farbe gab ausgezeichnete Resultate, wenn ich eine schwachalkalische Lösung brauchte und mit Spiritus und Kreosol,

---

[1] DU MESNIL untersuchte die Haut der Klavikular- und Infraklavikularregion des Thorax, also von Regionen, wo die Abnormität ihren höchsten Grad erreicht hat. In der Lumbarregion dagegen ist sie, obschon sehr deutlich ausgesprochen, doch nicht so weit gediehen.

[2] Alkali-Blau ist das Natronsalz einer Monosulfosäure $(C_{36}H_{30}N_2)(HSO_3)$, erzeugt durch die Einwirkung von Schwefelsäure auf Anilin-Blau.

[3] Wasser-Blau ist das Natronsalz einer Bisulfosäure $(C_{36}H_{30}N_2)(HSO_3)_2$, erzeugt durch die weitere Einwirkung der Schwefelsäure auf Anilin-Blau nach der Produktion von Alkali-Blau. Beide Farben sind von Dr. UNNA zur Bindegewebsfärbung vor 1 oder 2 Jahren gebraucht worden, und da er die Methoden noch nicht publiziert hat, gebe ich sie hier im Detail wieder.

[4] Säure-Fuchsin ist das Natronsalz einer Sulfosäure, erzeugt durch die Einwirkung von rauchender Schwefelsäure bei hoher Temperatur auf Rosanilin.

einem der Bestandteile des Kreosots, entfärbte, wie es Dr. UNNA in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* No. 7, Bd. XII od. XIII, 1891, empfohlen hat.

Für Fibrin kam WEIGERTS Gentiana-Violettlösung und Solutio Lugol zur Anwendung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung war ich im höchsten Grade erstaunt, zu sehen, dafs eine Haut, die klinisch so aufserordentlich merkwürdige Eigentümlichkeiten aufwies, anatomisch nur sehr wenig von der Norm abwich. Eine mühevolle Untersuchung und Vergleichung mit normaler Haut zeigte einige wichtige Veränderungen. Das elastische Gewebe (Fig. 1, 2, 3e) ist beinahe normal in Bezug auf Struktur und Mächtigkeit, es verlangt in der That eine höchst sorgfältige Vergleichung mit der normalen Haut, um die kleinen Unterschiede zu erkennen, nämlich: die Fasern verfolgen einen mehr welligen Verlauf, daher haben wir in unseren Schnitten kürzere Züge von Fasern und mehr im Querschnitt getroffen. Im Stratum papillare sind sie feiner als normal. Ich glaube nicht, dafs die Zahl der Fasern merklich vermehrt ist, aber dafs die letzteren in der Cutis laxa eher länger sind, als in der normalen Haut, wahrscheinlich eine Folge der häufiger mit ihr vorgenommenen Exercitien. Gröfsere Veränderungen fanden sich im kollagenen Gewebe (Fig. 2c). In den tieferen Regionen vermifst man die breiten, leicht welligen Bündel des Bindegewebes, die man gewohnt ist, in exzidierten Stücken der normalen Haut zu finden. —

An ihrer Stelle begegnen wir vielen schmäleren, aber zahlreicheren Bündeln, als gewöhnlich. Dieselben verfolgen einen äufserst verwickelten Verlauf durch die Haut, und daher sind die Bündel nicht nur zahlreicher, sondern auch länger als normal. Unterhalb des subpapillären Gefäfsnetzes bis hinunter zur Fettschicht, ausgenommen schmale Zonen um die epithelialen Organe, finden wir jedes Bündel ganz intakt, d. h., kein unregelmäfsig fibrilläres Netzwerk, sondern die feinsten Fibrillen zu Fasern, und die Fasern zu Bündeln, umgeben von Bündelgewebszellen, zusammengefafst. In der Höhe des subpapillären Plexus zersplittern sich die Bündel in viel schmälere und weniger dichte, die ein wenig höher selbst wieder in einzelne getrennte Fasern zerfallen.

In einiger Entfernung unter dem Epithel lösen sich diese einzelnen Fasern in ihre Fibrillen auf; dieselben sind in eine homogene Substanz eingebettet (Fig. 3h); auch die Bindegewebszellen sind in der letzteren eingebettet, in der auch die Bindegewebszellen unregelmäfsig angeordnet sind.

Mit Hülfe der Wasser-Blau- und Säure-Fuchsin-Färbung sehen wir, dafs sich die Elemente der fibrösen Bündel alle gleich dunkel färben und unter dem Einflusse entfärbender Agentien ihre Farbe gleich stark zurückhalten, gleichgültig, ob sie in Bündel gefafst oder in isolierten Fibrillen zersplittert sind. Die homogene Substanz, in welche die Fasern und Fibrillen in den höhern Lagen eingebettet sind, wird völlig entfärbt, so dafs in wohl-

gelungenen Präparaten das Stratum papillare im ganzen viel weniger stark gefärbt ist, als die tieferen Lagen. — Die isolierten Fibrillen sind in dieser ungefärbten Substanz viel weniger zahlreich, als in den tieferen Abschnitten, wo sie in Bündel zusammengefafst sind. Ob nun die homogene Substanz auf Kosten der Fibrillen sich entwickelt, oder die Fibrillen auf Kosten der homogenen Substanz, ist eine offene Frage, auf die ich noch zurückkommen werde.

Die homogene Substanz ist anscheinend von weicher Konsistenz und kann leicht aus dem fibrillären Netzwerk ausgedrückt werden. Dies wird durch die Thatsache bewiesen, dafs wir tief eingesunkene Falten des Epithels haben, und diese sind in der Cutis laxa sehr deutlich ausgesprochen. Wir müssen sie teils einer natürlichen Einfaltung des Epithels, teils dem Härtungsprozefs zuschreiben, indem der Druck dieser Falten die homogene Substanz ausquetscht und das mehr solide fibrilläre Bauwerk verdichtet, gerade unter dem Epithel. Ähnlich verhält sich das kollagene Gewebe um manche Haarbälge und Talgdrüsen.

Die Muskeln der Haut scheinen eher zahlreicher, als normal zu sein aber es macht sich dies Verhalten nicht besonders bemerkbar.

Die Bindegewebszellen bieten kein Zeichen von Proliferation dar, Mitosen sind aufserordentlich selten zu finden.

Um die kleineren Gefäfse, besonders in den oberen Regionen der Haut, zeigen sich Anhäufungen von Rundzellen. Dies sind fast lauter Wanderzellen.

Mastzellen liegen in grofser Zahl und in jeder Gröfse überall im ganzen Korium umher. Besonders zahlreich sind sie in den höheren Regionen der Haut und um die Gefäfse und epithelialen Organe.

Bei der Untersuchung der Gefäfse, besonders der gröfseren in dem tieferen Teile der Haut, bemerkt man sofort eine Eigentümlichkeit, nämlich den äufserst gewundenen Verlauf, den sie nehmen. Oft sehen wir viele Querschnitte eines grofsen Gefäfses ganz nahe bei einander liegen (Fig. 3 v [Vene] und 3a [Arterie]), und wenn wir den Lauf der Gefäfse durch die Schnitte verfolgen, erkennen wir, dafs dieses Verhalten ein allgemeines ist. Wir entdecken auch, dafs die abnorme Zahl von Kapillaren, der wir da begegnen, der Thatsache zuzuschreiben ist, dafs sie, wie die Arterien und Venen viel mehr gekrümmt und länger sind, als normal.

Die Kapillaren sind beträchtlich erweitert. Die Lymphräume und Lymphgefäfse zeigen sich ziemlich erweitert, besonders in den oberen Regionen und um die Haarfollikel und Drüsen herum.

Der äufserst gewundene und daher lange Verlauf der Nerven entspricht dem Verhalten der Arterien.

Die epithelialen Organe sind in ihrer Struktur nicht verändert. Dagegen zeigen sich einige Eigentümlichkeiten, die, wie ich glaube, in

der Natur der Cutis laxa liegen, obschon sie an und für sich nicht notwendig als eine Abnormität zu betrachten sind, nämlich:

1.) Die zelligen Elemente sind eher gröfser, als wir sie gewöhnlich sehen, besonders die des Rete.

2.) Die epitheliale Oberfläche ist ungewöhnlich stark gefaltet. Diese Falten finden sich überall und sind weiter oben schon besprochen worden.

3.) Die Talgdrüsen sind ungewöhnlich grofs. In der Cutislaxahaut sind diese Drüsen in der Lumbarregion so grofs, wie sie normalerweise in der Wangenhaut vorkommen. Wir finden dieselben in jedem Schnitt, während wir sonst in diesem Teil des Körpers eine gröfsere Zahl von Schnitten durchsuchen müssen, bis wir auf Talgdrüsen stofsen.

Die Fettschicht ist nicht ganz normal. Hier zeigt das Bindegewebe wiederum dieselbe Veränderung von besonders feinen Bündeln und schlaffer matscher Konsistenz der ganzen Schichte. Fibrin wurde nirgends entdeckt. Bei Vergleichung der Effekte der Trypsin- und Pepsin-Verdauung von Schnitten der Cutis laxa und normaler Haut ergab sich, dafs die protoplasmatischen Elemente der Cutis laxa viel rascher verdaut wurden, als die der normalen Haut, während in Bezug auf die kollagene Substanz kein Unterschied sich geltend machte.

Du Mesnil kam bei seiner Untersuchung zu ganz anderen Resultaten. Ich will die Hauptpunkte, in denen sich die Beschreibung, die er in seiner Arbeit giebt, von dem, was ich gefunden habe, unterscheidet, aufzählen. Diese Differenzen werden wohl zur Erklärung der Anomalie beitragen.

1.) In Bezug auf die klinischen Verhältnisse: Du Mesnil fand bei seinem Falle die Schweifsabsonderung ganz normal. Er giebt an, dafs sein Patient ein sehr intelligenter Junge war.

2.) In Bezug auf die anatomischen Charaktere. In der Haut der oberen Partien des Thorax fand Du Mesnil, dafs die ganze Cutis vom Epithel bis zum Fettgewebe bestand aus normalen elastischen Fasern, Gefäfsen, Zellen und normalen epithelialen Organen, eingebettet in eine absolut homogene Substanz; in der That ist die Haut nach seiner Beschreibung von vollständig myxomatöser Beschaffenheit.

Wir kommen nun zur Besprechung der Schlufsfolgerungen, die wir aus unserer Beschreibung ziehen müssen.

Wie können wir aus den angegebenen Thatsachen die Dehnbarkeit der Haut erklären? Die Fragen, die sich naturgemäfs erheben, sind folgende:

1.) Ist die Abnormität einem Mangel an Verbindung der Haut mit ihrer Unterlage zuzuschreiben?

2.) Ist sie die Folge einer abnormen Dehnbarkeit der Haut selbst?

3.) Ist sie die Folge einer Kombination beider Verhältnisse?

Ad 1.) Wenn wir die Haut auf ihrer Unterlage hin und her

bewegen, finden wir, dafs zweifelsohne eine lockere Verbindung der Haut besteht selbst über der Palma und am behaarten Kopf, wo wir gewöhnlich einer sehr festen Verbindung begegnen. Aber dies ist keineswegs genügend ausgesprochen, um mehr als einen Teil der Abnormität zu erklären. Dies ist leicht zu sehen, wenn wir die grofse Ausdehnung beobachten, bis zu welcher eine Falte an der Seite des Armes ausgezogen werden kann; wenn wir einen Augenblick den Umfang des Armes und die normale Dehnbarkeit der Haut in Betracht ziehen, so sehen wir, dafs, um eine ebensogrofse Falte auszuziehen, wir die ganze Haut der entgegengesetzten Seite zu Hülfe nehmen müssen, obschon die Haut selbst äufserst dehnbar ist. Aufserdem finden wir bei der Untersuchung der Haut des Skrotums, wo normalerweise eine lose Verbindung besteht, dafs die Dehnbarkeit in der Cutis laxa sehr stark gesteigert ist, — und das ist, wie wir sehen können, durch die angeborene Dehnbarkeit verursacht, nicht durch eine ungenügende Fixation der Haut um das Skrotum herum, da sie nicht mit ausgezogen wird.

Wir entdecken anatomische Anzeichen einer ungenügend angehefteten Haut in der teigigen Beschaffenheit des subkutanen und Fettgewebes.

Auf die Frage 2 können wir mit klinischen und anatomischen Thatsachen antworten: „Ja, die hauptsächlichste Ursache liegt hierin."

Ich will nun die Thatsachen, die darauf Bezug haben, aufzählen.

Klinische:

a.) Fixation der Haut rund um ein bestimmtes Gebiet hindert nicht die Dehnbarkeit dieses Gebietes, obschon sie dieselbe etwas erschwert.

b.) Sofortige und vollständige Rückkehr nach dem Loslassen einer ausgezogenen Falte wäre nicht möglich, hätte man es nur mit der Ortsveränderung eines losen Sackes von seiner Unterlage zu thun.

Anatomische:

a.) Ausgeschnittene Teile der Haut sind sehr dehnbar.

b.) Es besteht ein grofser Mangel an Tension in der Haut, wie folgende Verhältnisse zeigen:

1.) Die grofse Fältelung des Epithels beim Härtungsprozefs zeigt, dafs die Epidermis der sich kontrahierenden Cutis nur wenig Widerstand leistet.

2.) Symptome von Ödem der Haut sind erkennbar an den stark erweiterten Kapillar-Lymphräumen. Dies Ödem war mehr auffallend in Hautteilen, deren Gefäfse keine Muscularis haben.

Es war kein Grund im Gefäfs-, Nieren- oder Nervensystem zu finden für dieses Ödem; in der That war sein Puls eher von schwacher Spannung. Die stark verminderte Spannung aufserhalb der Gefäfswände der Hautgefäfse kann daher für das Ödem in Anspruch genommen werden, und daher war es auch erklärlich, warum das Ödem nicht klinisch sich bemerkbar machte.

N.-B. Die Anwesenheit einer grofsen Zahl von Mastzellen ist beim chronischen Ödem ein gewöhnliches Vorkommnis.

Die abnorme Gröfse der Talgdrüsen mag einem Mangel an Druck an ihrer Aufsenseite zugeschrieben werden, der den proliferierenden Zellen gestattet, nach aufsen zu wachsen und eine Verzögerung in der Degeneration der centralen Zellen in Talgdrüsensekret verursacht.. —

c.) Die grofse Verwickelung und Dehnbarkeit aller Strukturen, die unter normalen Verhältnissen ein Hindernis für die Dehnbarkeit der Haut, gebildet hätten, sind hier gewissermafsen die Vorbedingung für die Anomalie.

Wenn wir bedenken, wie jede Spiralwindung den Grad, bis zu welchem jede Faser, jedes Gefäfs und jeder Nerv ausgezogen werden kann, erhöht, so begreifen wir auf einmal, wie diese Haut ausgezogen werden kann.

d.) Die verhältnismäfsig geringe Veränderung des elastischen Gewebes erklärt das vollständige und rasche Zurückschnellen der Haut.

Der Schlufs, zu dem wir daher gelangen, ist die Bejahung der Frage 3. Was geschieht, wenn wir eine Falte der Cutis laxa ausziehen, ist die Streckung einer Anzahl aufgewickelter Strukturen zu einem losen und gefalteten Sack. Dies geschieht zuerst an der Seite des angewandten Zuges, und dann, wenn alle vorrätige Haut hier ausgezogen ist, werden auch die umgebenden Hautpartien in Mitleidenschaft gezogen, und so geht der Prozefs weiter und weiter, und es ist möglich, von weit her die Haut herbeizuziehen infolge der geringen Anhaftung der Cutis laxa.

Wir kommen nun zu einer äusserst schwer zu beantwortenden Frage.

Ist diese Abnormität angeboren oder erworben? und welches sind die Beziehungen zwischen dem, was ich in der Lumbarregion fand, zu den ganz verschiedenen Verhältnissen, wie sie zwei Jahre vorher Du Mesnil in der Haut der oberen Region des Thorax nachwies?

Du Mesnil schliefst, dafs die Anomalie angeboren sei. Zur Stütze dieser Ansicht bemerkt er, dafs myxomatöses Gewebe normalerweise sich beim Fötus findet, dafs im Laufe der Entwickelung der Haut die Cutis, besonders in ihren oberen Lagen, lange Zeit von Fasern frei bleibt, viel länger, als das subkutane Gewebe. Er glaubt, dafs die Entwickelung stillsteht, bevor die Bildung von fibrösem Gewebe zu stande kommt, und dafs sich granulationsartige Struktur mit einer homogenen Grundsubstanz durch das ganze folgende Leben weiterbildet. Er bemerkt ferner, dafs Kopps 2 Fälle einen Vater und Sohn betrafen, was auf einen kongenitalen Ursprung hinweist.

Ich kann nicht gut mit Du Mesnil annehmen, dafs eine solch frühe Entwickelungshemmung der Haut die Anomalie, die er gefunden hat, erklärt. Meine Gründe sind folgende:

1.) Kollagene Fasern entwickeln sich in der Haut, lange bevor irgend

welche elastische Elemente erscheinen, und es ist sehr schwierig, anzunehmen, dafs wir eine so vollständige Hemmung der Entwickelung einer Art von Fasern haben sollten, bei gleichzeitig so vollständiger Entwickelung von Fasern einer andern Art.

Es ist viel leichter, anzunehmen, dafs die Entwickelung des Bindegewebes sich fertig abspielt, und dafs es später einer myxomatösen Degeneration unterliegt.

2. Der Patient war sich seiner Leiden gänzlich unbewufst geblieben bis vor wenig Jahren. Selbstverständlich dürfen wir dem nicht zu viel Aufmerksamkeit widmen, besonders in Betracht der Thatsache, dafs es ein Individuum war, das sich selbst wenig zu beobachten pflegte, und das ganz leicht durch die Welt gehen konnte, ohne zu bemerken, dafs die Anatomie seiner Haut von der seiner Mitbürger sich unterschied. Aber Du Mesnils Patient war aufmerksamer und intelligenter, als meiner.

3.) Die unleugbare Thatsache, dafs die Anomalie von der Zeit an, da sie zuerst bemerkt wurde, beträchtlich zugenommen hat, ganz bedeutend mehr als den vorgenommenen Exercitien zugeschrieben werden kann.

4.) Die Thatsache, dafs die Anomalie in den oberen Regionen des Thorax um so viel mehr vorgeschritten ist, als in der Haut der Lumbarregion, ist ein Argument gegen die Annahme des kongenitalen Ursprungs des myxomatösen Gewebes.

Wir können nicht annehmen, dafs die Entwickelung so früh in den oberen Theilen des Körpers gehemmt werde und in den tieferen weiterschreite.

Zu Gunsten von Du Mesnils Theorie mag hervorgehoben werden, dafs nach der vor zwei Jahren herausgegebenen anatomischen Beschreibung die Anomalie so viel weiter vorgeschritten war, als nun. Dagegen müssen wir daran erinnern, dafs Du Mesnil Haut von einer Gegend nahm, wo die Anomalie ihren höchsten Grad erreicht hatte, während ich die von mir untersuchte Haut von einem Theil exstirpiert hatte, der viel weniger weit vorgeschritten war, und dafs die Krankheit nicht so rasche Fortschritte gemacht hatte, um die Haut der Lumbarregion in der Zeit in den Zustand der Haut des Nackens, wie er vor 2 Jahren sich darstellte, bringen zu können.

Ich betrachte daher die von Du Mesnil beschriebene myxomatöse Beschaffenheit der Haut als einen weiter vorgeschrittenen Grad des Zustandes, wie ich ihn gefunden habe, und glaube, dafs wir vielleicht durch die Einwirkung eines gewöhnlichen Ödems der Lumbarhaut eine allmähliche Umwandlung der fibrösen Bündel des Stratum papillare in das gleichförmige Stratum von gelatinöser Konsistenz anderer Hautpartieen erklären können. In der That, man kann kein Argument gegen die Ansicht aufbringen, dafs von einer sehr frühen Periode an, fibröses Gewebe, Gefäfse

und Nerven bis zu einem gewissen Grad dieselbe Anomalien zeigten, die ich in den tieferen Teilen des Koriums gefunden habe, und dafs mit dem Wachstum und der Entwickelung des Körpers die Abnormität stetig gewachsen ist.

(Übersetzt von Dr. Th. Buri in Basel.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die Reaktion des Schweifses beim gesunden Menschen.

Von

Dr. Ernst Heuss
in Zürich.

(Mit Tafel IX und X.)

(Schlufs.)

Auf rein empirischem Wege sind wir anläfslich der Untersuchungen über Reaktion des Schweifses zu dem bemerkenswerten Resultate gekommen, dafs unabhängig von einer Reaktion des Schweifses auch eine Reaktion der Oberhaut besteht, dafs nicht nur im Schweifs, sondern auch in der Epidermis Stoffe vorhanden sein müssen, welche eine saure Reaktion verleihen.

Steht nun die saure Reaktion des Schweifses zu derjenigen der Oberhaut in bestimmter Beziehung? Schon ein oberflächlicher Blick auf die Tafeln über Oberhautreaktion macht diese Annahme sehr unwahrscheinlich, läfst vielmehr vermuten, dafs dabei noch andere Umstände mitsprechen müssen.

Schweifsdrüsen sind sehr reichlich an den Beugeseiten, besonders Gelenkbeugen der Extremitäten, zu finden, relativ spärlich an den Streckseiten. Wäre nun die Oberhautazidität durch eine reichliche Schweifsbildung bedingt, resp. beeinflufst, z. B. durch Imbibition der Haut, so müfsten wir dieselbe an den Orten, wo der Schweifs am reichlichsten fliefst, auch am intensivsten ausgeprägt finden. Aber gerade die Beugeseiten mit reichlicher Schweifsbildung zeichnen sich durch geringe Oberhautazidität aus im Gegensatz zu den stark sauren Streckseiten, wo die Schweifssekretion wieder spärlich ist. Dieses Verhältnis von spärlicher Schweifssekretion zu starker Oberhautazidität (und vice versa) finden wir sowohl an den gröfsern Gelenken, (Ellenbogen, Knie) als auch an den kleinern: Metakarpal-, Phalangealgelenken, deutlich ausgeprägt. — Können

wir für diese auffallende Inkongruenz von Schweifs- und Hautazidität in anatomischen Differenzen der betreffenden Stellen eine Erklärung finden?

Dafs ein dicht unter der Haut liegender Knochen, wie an den Streckseiten im Gegensatz zu den Beugeseiten gewöhnlich der Fall, die Hautreaktion beeinflussen sollte, ist sehr unwahrscheinlich. Finden wir doch an Knochen stramm aufliegenden Hautstellen, z. B. über der Clavicula, der Tibia etc., keine von den benachbarten, dichten Muskelpolstern auflagernden Hautpartien nachweisbar differente Reaktion.

Weitere Verschiedenheiten im anatomischen Bau bietet die Haut der Streckseiten gegenüber derjenigen der Beugeseiten durch die mächtigere Entwickelung der Hornschicht bei relativ spärlichem Panniculus. Läfst sich vielleicht dadurch eine Beeinflussung der Oberhautazidität erklären?

Sehr geeignet zur Entscheidung dieser Frage ist die Palma manus, wo die Schweifsdrüsen und der Panniculus überall ziemlich gleichmäfsig entwickelt sind, während die Hornschicht die verschiedensten Dickenverhältnisse aufweist. In der Palma treffen wir besonders über den Metakarpalknöchelchen meist leichte bis stärkere Verdickungen der Hornschicht; ebenso ist nach Oehl (siehe Unna: „Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie“ [6]) das Stratum corneum an der Spitze des Fingers (beim Weib und Kind wenigstens) sehr entwickelt, während z. B. die groben Handfurchen, die Handränder, dann besonders auch die Interdigitalräume eine sehr dünne Hornschicht aufweisen. Prüfen wir diese Stellen mit Phenolphtaleïn (siehe Tafel), so finden wir an den Partien mit verdickter Hornschicht gegenüber den zartern Hautstellen eine deutliche Erhöhung der Azidität. Entsprechende Resultate erhalten wir an der Planta. — Ganz analoge Aziditätszunahmen zeigen auch an anderen Hautstellen auftretende Hornschichtverdickungen. Z. B. begegnen wir sehr häufig bei Landarbeitern, Schmieden etc. die Volarseite der 1. Phalanx, sowie die Ulnarseite des Daumens schwielig stark verdickt. Solche Partien entfärben ebenso rasch wie die Spitzen der Fingerbeeren, ja noch rascher, rotes Phenolphtaleïn, zeigen also eine exzessive Erhöhung der Oberhautazidität.

Eine Ausnahme zu den schwach sauren Gelenkbeugen schienen mir die Handbeugen zu bilden, wo ich meist eine ausgesprochen stark saure Oberhautreaktion erhielt. Die Erklärung dafür liegt in der besonderen Dicke der Oberhaut, welche die Beugeseiten von Hand und Fufs besitzen.

Ähnlich interessante Beziehungen zwischen Hornschicht und Hautreaktion lassen sich in gewissen pathologischen Fällen konstatieren, worüber ich mir weitere Mitteilungen vorbehalte.

Aus diesen Versuchen, die sich jederzeit ohne grofse Vorbereitungen anstellen lassen, geht hervor, dafs Hornschichtdicke und Oberhautazidität

in einer direkten Beziehung zu einander stehen müssen: je dicker die Hornschicht, desto saurer die Oberhaut.

Die Mächtigkeit des unterliegenden Fettpolsters scheint dagegen für die Oberhautazidität ziemlich belanglos zu sein. Wohl treffen wir an den Gelenkbeugen im Gegensatz zu den Streckseiten gewöhnlich ein reiches Fettlager. Andere, wieder fettarme Hautpartien, wie über der Clavicula, der Tibia, weisen gegenüber der fettreicheren Umgebung dagegen keine nachweisbaren Differenzen auf; dann bieten noch andere Stellen, z. B. Palma und Planta, wie wir gesehen, trotz der gröfsten Aziditätsunterschiede eine sehr gleichmäfsige Verteilung des Panniculus.

Glaube ich damit bewiesen zu haben, dafs die Menge der Schweifsdrüsen und damit indirekt die Schweifssekretion selbst keinen direkten Einfluſs auf die Oberhautacidität ausübt, während gerade die Hornschichtdicke mit eigentümlichen Differenzen derselben einhergeht, so läfst sich aus verschiedenen Umständen schliefsen, dafs auch die Schweifsreaktion an und für sich für die Oberhautazidität ziemlich belanglos ist. Schon anläfslich des Einflusses der Dampf- und Heifsluftbäder auf die Schweifsreaktion (siehe sub VII.) konnten wir konstatieren, dafs (nach langem Schwitzen) der Schweifs neutrale Reaktion zeigte, während die Oberhaut noch sauer reagierte.

Eine bestimmte Einwirkung der Talgdrüsen auf die Hautreaktion festzustellen gelang mir nicht. Wider mein Erwarten fand ich die Kopfhaut, den Rücken etc., welche Stellen doch sehr talgdrüsenreich sind und dementsprechend stark saure Reaktion (die saure Reaktion des Hauttalgs ist durch Ausquetschen und Verreiben eines Comedopfropfes auf blauem Lackmuspapier leicht nachzuweisen) erwarten liefsen, nach oberflächlicher Reinigung sehr mäfsig sauer reagierend. Talgdrüsenarme Gegenden, z. B. die Streckseiten der Gelenke, reagieren, wie wir gesehen, wieder sehr sauer.

Alle diese Erörterungen weisen im Verein mit unseren Befunden darauf hin, dafs die Oberhautazidität eine Eigenschaft der Haut sui generis ist, dafs dieselbe wohl mit der Hornschicht eigentümliche Beziehungen darbietet, dafs sie aber vom Schweifs quantitativ und qualitativ eine gewisse Unabhängigkeit zeigt, ja dafs, wie ich zeigen werde, der Schweifs seine Azidität vielleicht ganz oder wenigstens teilweise der Oberhautazidität verdankt.

Mit Erledigung dieser Frage fällt die Beantwortung der zweiten Frage, die wir gestellt, dahin. Die lokalen Differenzen der Azidität der Hautoberfläche stehen in einem direkten Verhältnisse zur Hornschichtdicke, ohne dafs wir natürlich dabei behaupten wollen, es könnten hier nicht noch andere, uns unbekannte physiologische Momente mitspielen.

Anläfslich der Bade- und Pilokarpinversuche haben wir gesehen, dafs

der Schweifs neben grofsen quantitativen Schwankungen auch in der Qualität, d. h. Reaktion, die gröfsten Differenzen darbietet. Wodurch sind diese Reaktionsveränderungen bedingt? Zur Entscheidung dieser Frage gilt es vor allem zu untersuchen: Haben wir im Schweifs ein Drüsenproduckt und, bejahenden Falles, ein reines Drüsenprodukt vor uns?

Die wohl verbreitetste Ansicht geht dahin, dafs der Schweifs ein Drüsenprodukt, speziell der Knäueldrüsen, sei, während UNNA, gestützt auf einige, wenn auch nicht allein beweisende, so doch sehr schwer widerlegbare anatomische und klinische Gründe, den Ort der Schweifssekretion, wenigstens bei Hypersekretion, zum Teil in die Papillargefäfse verlegte. Anläfslich der Verhandlungen des Internationalen medizinischen Kongresses zu London 1881 wies UNNA auf die bedeutsamen Befunde von KEY und RETZIUS[11] hin, wonach nicht nur die Cutis und die Subpapillarschicht, sondern auch die Stachelschicht von einem Netz feinster interepithelialer Lymphspalten durchzogen ist, die sich in die Schweifsdrüsenkanäle öffnen. Diesen beiden Forschern war es zuerst gelungen, durch Injektion von Asphaltchloroformmasse beim Einstechen in das Unterhautzellgewebe von innen nach aufsen ein System feiner Kanäle in der Stachelschicht nachzuweisen. Nach aufsen war dieses Netz von interzellulären Kanälen von der Hornschicht begrenzt; dagegen nahmen sie oft eine Füllung der Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen wahr.

„Diese höcht bedeutungsvollen Injektionsresultate der nordischen Gelehrten ergänzen nicht nur unsere Kenntnisse über die Saftströmungen der Haut in ungeahnter Weise; sie bereichern die Physiologie der Haut sogar um eine unschätzbare, bisher absolut fehlende Grundlage für das volle Verständnis der Hautausdünstung, resp. Schweifsabsonderung. Insofern wir alles, was aus den Hautporen quillt, „Schweifs" nennen, ist es fortan ganz unmöglich, die Beteiligung des die ganze Papillarschicht tränkenden Gewebssaftes von der Erzeugung des „Schweifses" in Abrede zu stellen. Die interspinalen Lymphwege der Epidermis bilden hiernach eine Nebenschliefsung für die Gesamtströmung der Cutis, welches durch Injektion darzustellen, zuerst KEY und RETZIUS gelungen ist. Dieselben Forscher haben durch ihre Injektionen ferner bewiesen, dafs diese Zweigbahn ihren eigenen Abzugskanal in den Schweifsporen besitzt, die sie bei übermäfsiger Anfüllung gewifs (in Form von Schweifs) benutzen wird." (UNNA, *Die Lymphbahnen der menschlichen Haut.*)

Die im Anschlufs an die Pilokarpin- und Badeversuche (siehe sub VI. u. VII.) angestellten Untersuchungen auf Reaktion der Oberhaut sind in dieser Hinsicht von ausschlaggebender Bedeutung. Hätten wir den Schweifs der Hauptsache nach als Transsudationsprodukt der Papillargefäfse aufzufassen, das durch die Interspinalgänge in die Ausführungs-

gänge der Schweifsdrüsen sich ergiefst, so wäre zu erwarten, dafs die Reaktion der Oberhaut mit der des Schweifses nahezu übereinstimmt, dafs wir z. B. am Ende eines Schweifsbades bei neutralem oder alkalischem Schweifs auch eine neutrale oder alkalische Reaktion der Oberhaut konstatieren könnten. Das ist aber, wie wir gesehen, nicht der Fall: bei neutraler oder alkalischer Schweifsreaktion zeigt die Oberhaut, auch in der Tiefe (basale Hornschicht), noch ausgesprochen saure Reaktion!

Um den Anteil des Drüsensekrets am Schweifse genauer bestimmen zu können, nahm ich auf Anlafs von Herrn Dr. UNNA Exstirpationen der Knäueldrüsen vor. Gelang es mir nämlich, bei irgend einem leicht schwitzenden Tier, z. B. an der Pfote einer Katze, die Schweifsdrüsen ohne gröfsere Verletzungen für andere Organe zu zerstören und so deren Funktion auszuschalten, so konnte aus dem Fortbestehen oder Sistieren der Schweifssekretion die Frage der Entscheidung näher gebracht werden. — Nach manchen fehlgeschlagenen Versuchen gab folgende Methode eine klare Antwort: Man schneidet den Fufsballen einer Katze (nachdem man sich natürlich vorher von deren „Schwitzfähigkeit" überzeugt hat) in Hufeisenform flach so durch, dafs der Lappen, gebildet aus Haut und subkutanem Fettgewebe, nur noch durch eine hintere Brücke mit der Fufsbeuge, wo die Gefäfse eintreten, in Zusammenhang bleibt. Dann wird die Unterseite des Lappens vorsichtig mit Messer und Schere von Cutis und Subkutangewebe, wo die Schweifsdrüsen reichlich verteilt sind, lospräpariert, der dünne Lappen, der jetzt fast nur noch aus Epidermis und Papillarschicht besteht, auf die ebenfalls von Fett oberflächlich befreite Unterlage mit ein paar Seidennähten befestigt und das Ganze schwach jodoformiert, wattiert und eingeleimt. Ist man antiseptisch vorgegangen, so heilt der Hautlappen schon nach wenigen Tagen reaktionslos an.

Wiederholte Versuche an verschiedenen Katzen ergaben folgende übereinstimmende Resultate, von deren Richtigkeit mein verehrter Lehrer, Herr Dr. UNNA, sich persönlich überzeugte: 1—4 Wochen nach der Operation, nachdem ich mich hinlänglich versichert hatte, dafs der Hautlappen vollständig angewachsen und auch gut ernährt wurde, die betreffende Fufssohle weder Druckschmerz, noch abnorme Temperaturverhältnisse gegenüber den normalen darbot, sich nur infolge des Defekts des subkutanen Gewebes durch eine gewisse Flachheit und Eingesunkensein, leichte Trockenheit, sowie eine gewisse „Unreinlichkeit", d. h. leichtes Anhaften von Schmutz, Erde etc. auszeichnete, während die anderen Fufsballen ganz rein und glänzend waren, wurde die Katze aufs Brett gespannt. Schon hierbei liefs sich meist das interessante Phänomen konstatieren, dafs die gesunden Pfoten und auch die Zehenballen des operierten Fufses feucht wurden, zu schwitzen begannen, während der seiner Schweifsdrüsen beraubte Fufsballen vollständig trocken blieb. Auch nachdem der Katze

0,005—0,01 Pilocarpinum muriatum injiziert worden, blieb dieser Fufsballen vollständig trocken, schweifslos, wobei an den andern Teilen das gewöhnliche Bild der Pilokarpinwirkung: reichliche Schweifsbildung, verbunden mit Speichelfluſs, Pupillenverengerung etc., sich zeigte. Der Versuch, am gleichen Tiere auch nach Wochen wiederholt, hatte stets das gleiche Resultat zu verzeichnen: Ausbleiben der Schweifsbildung an den Partieen, wo die Schweifsdrüsen exstirpiert worden waren.

Zur mikroskopischen Kontrolle wurde darauf der operierte Sohlenballen abgetrennt, in Alkohol und Zelloidin gehärtet, geschnitten und auf gewöhnliche Weise gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung, die zum Teil Herr Dr. L. PHILIPPSON, z. Z. Assistenzarzt an der UNNAschen Klinik, in zuvorkommendster Weise übernommen, ergab stets übereinstimmende Bilder. Die gut verheilte Narbe war deutlich von der Umgebung abzugrenzen und zu erkennen, daſs unterhalb derselben noch Knäuel stehen geblieben waren. Letztere fielen durch ihr erweitertes Lumen sofort auf und unterschieden sich dadurch von den in der gesunden Umgebung befindlichen sehr wesentlich. Die Lumina der letzteren waren jedoch nicht gleichmäſsig groſs, manche von normalem Kaliber, andere deutlich gröſser, aber bei weitem nicht so groſs wie die zuerst erwähnten Knäuel. Die Gefäſsverteilung war überall gut ausgebildet.

Trotz dahinzielender Versuche war die Entfernung sämtlicher Schweifsdrüsen nur teilweise und mit Gefahr einer Nekrose des Hautlappens möglich, was jeder begreift, der die tiefe, fast bis auf den Knochen reichende Lage der Schweifsdrüsen am Fufsballen der Katze kennt. Sie ist auch für das Resultat belanglos, da durch den Schnitt die Ausführungsgänge der tiefen, nicht entfernbaren Schweifsdrüsen immerhin auch getroffen und durch die nachfolgende Narbenbildung zur Verödung gebracht werden, wobei wir als physiologische Folge eine Stauung des Schweifses mit Erweiterung des Knäuellumens konstatieren können.

Dieser einfache Versuch beweist aufs klarste, daſs die Schweifsbildung normalerweise an die Schweifsdrüsen gebunden ist, daſs dort, wo die Drüsen fehlen, auch kein Schweifs sezerniert wird.

Noch in letzter Zeit hat JOSEPH[13] durch einen hübschen Versuch einen weiteren Beweis für die Lehre von der Absonderung des Schweifses durch die Schweifsdrüsen geliefert. Er brachte Katzen durch Pilokarpin oder Ischiadicusreizung zu reichlicher Schweifsbildung und untersuchte dann die Schweifsdrüsen. Er fand an denselben als anatomisches Substrat wirklich Veränderungen: Erweiterung des Drüsenlumens bei Pilokarpin, Verengerung bei Ischiadicusreizung. — Anläſslich einiger anderer Untersuchungen wiederholte ich diese Experimente und konnte dabei die

Befunde von Joseph (ausgenommen beim 1. Versuch mit Pilokarpin, wo die Schweifsdrüsen einer in Chloroformnarkose verendeten Katze zur Untersuchung kamen, und ich im Gegenteil eine deutliche Verengerung des Schweifsdrüsenlumens fand) bestätigen.

Als physiologisch interessantes Kuriosum möchte ich noch kurz erwähnen, dafs bei einer Katze, die ich zur Schweifserzeugung während kurzer Zeit in ein Ofenrohr bei zirka 45° C. gesteckt, die im übrigen gut verheilte Haut des operierten Fufsballens sich in Blasen abhob, während an den unverletzten Fufssohlen nur eine starke Schweifsbildung ohne weitere Folgen konstatiert werden konnte.

Ein Drüsenprodukt ist also im Schweifs enthalten; ist derselbe aber auch ein reines Drüsenprodukt? Hat der Schweifs auf dem Wege von der Drüse zur Hautoberfläche nicht Gelegenheit, Zuflüsse, fremde Bestandteile in sich aufzunehmen?

Hier komme auch ich naturgemäfs auf die von Key und Retzius entdeckten, von Unna vor Vergessenheit bewahrten Interspinalgänge in der Stachelschicht zurück, die sich in die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen öffnen. Die Annahme, dafs sie als Abzugskanäle für ein konstant fliefsendes, aus der Papillarschicht stammendes Transsudat in die Schweifsporen dienten, konnte ich als unwahrscheinlich zurückweisen. Durch die Schnittversuche (siehe sub III. u. IV.) habe ich aber dargethan, dafs sowohl in der basalen Hornschicht als in den obern Stachelschichtlagen eine saure Reaktion herrscht, die nur durch eine dort befindliche saure Flüssigkeit bedingt sein kann. Und weiter habe ich anläfslich der Pilokarpin- und Badeversuche konstatieren können, dafs nach längerem Schwitzen eine Abnahme der Oberhautazidität stattfindet. Wo ist aber dieser Defekt an Azidität hingekommen? Nahe liegt die Annahme, dafs diese sauren Stoffe gerade in den Interspinalräumen einen Abzugskanal in die Schweifsgänge gefunden und von dort mit dem Drüsenschweifs an die Hautoberfläche entleert worden sind. Dann müssen aber die sauren Stoffe, die im Schweifs vorkommen, mit denen der Oberhaut identisch oder wenigstens Derivate derselben sein. Was für saure Stoffe finden wir nun in der Oberhaut, was für saure Stoffe im Schweifs? Leider sind meine Versuche noch nicht so weit gediehen, diese, reaktiv mit Sicherheit nachweisbaren Stoffe der Oberhaut sicher zu differenzieren und chemisch zu bestimmen. Doch lassen sich schon jetzt über Herkunft und Art dieser Körper gewisse Schlüsse ziehen.

Da wir diese sauren Stoffe reaktiv nur in der Oberhaut nachweisen konnten, die Tiefe: Papillarschicht, Cutis etc., dagegen alkalisch reagieren, so ist die Annahme wohl sicher, dafs diese sauren Körper nicht erst, z. B. durch den Lymphstrom, in die Oberhaut verschleppt worden, sondern dafs sie in der Oberhaut autochton entstanden sein müssen. Im ferneren

liegt es sehr nahe, dafs wir in diesen in der Oberhaut, speziell Stachelschicht befindlichen sauren Elementen Stoffwechselprodukte des Zelllebens vor uns haben. Dafs der Stoffwechsel gerade in dieser Schicht ein äufserst lebhafter sein mufs, ist schon aus den Untersuchungen von J. Moleschott und Krause deutlich. In der Oberhaut geht eine stete Neubildung von Stachelzellen, Umwandlung in Hornzellen und Abstofsung derselben vor sich. Der Verlust an Hornzellen mufs aber durch Neubildung gedeckt werden und derselben entsprechen. Moleschott[12] berechnete nun, dafs bei einem erwachsenen Menschen der Verlust innerhalb 24 Stunden betrug:

an Oberhaut	14,35 g
an darin enthaltenem Harnstoff	12,20 g
an darin enthaltenem Stickstoff	2,10 g

Diesem Stickstoff entspricht Harnstoff 4,50 g.

Krause schätzte den Verlust an Hornzellen am menschlichen Körper innerhalb eines Monats auf 13 Trillionen. — Ferner ist bekannt, dafs als Stoffwechselprodukte bei der Oxydation der Eiweifskörper, woraus ja die tierische Zelle zum gröfsten Teile besteht, neben Albuminoiden (in diesem Falle Keratin) und Kohlenhydraten besonders Fette abgespalten werden, die sich weiter in Glyzerin und freie Fettsäuren zerlegen können. Von Fettsäuren, die sich dabei bilden, nenne ich neben den festen neutralen: Palmitin und Stearin, dann Cholesterin, besonders die flüchtigen Fettsäuren: Ameisen-, Essig-, Butter-, Propion-, Kapron-, Kaprin-, Milchsäure etc. etc.

Diese Säuren, aus denen wir einstweilen aus theoretischen Gründen das saure Oberhautsekret zu einem grofsen Teil zusammengesetzt uns denken, wurden insgesamt mit Sicherheit im Hautschweifs nachgewiesen, womit wir eine weitere Stütze für die Schlufsfolgerung gefunden haben, dafs der Schweifs aus der Oberhaut durch die Interspinalgänge einen sauren Zufluſs erhält, dafs der Hautschweifs seine Azidität, wenn nicht ganz, so doch teilweise diesen sauren Oberhautprodukten verdankt.

Mit dieser Annahme können wir uns eine ganze Anzahl von Phänomenen, die andere und wir gelegentlich der Schweifsuntersuchungen beobachtet, auf ungezwungene Weise erklären.

Wohl ist mit diesem Ergebnis, dafs wir im Hautschweifs, d. h. der aus den Poren zum Vorschein kommenden Flüssigkeit, in der That ein Additionsprodukt, bestehend aus einem Drüsen- und einem Hautsekret, vor uns haben, die Beantwortung der Frage nach der Reaktion des eigentlichen Schweifsdrüsensekretes noch nicht erledigt, ja sogar in gewisser Hinsicht erschwert worden. Sauer reagiert normal der Hautschweifs, einen sauren Zufluſs erhält er aus der Haut selbst; wie reagiert aber der reine Drüsenschweifs, woraus wir die Hauptmenge des Hautschweifses uns doch bestehend denken müssen? Trotz zahlreicher darauf

bezüglicher experimenteller und histochemischer Untersuchungen gelangte ich nicht zu einem sichern Resultat. Doch lassen sich mit einiger Vorsicht gewisse Schlüsse in Hinsicht der Reaktion des Drüsensekretes durch Vergleich des normalen Hautschweifses mit einem anderen ziehen, wobei eine der beiden Komponenten, Drüsen- und Oberhautsekret, eine quantitative Veränderung erfahren hat. In diesem Fall mufs natürlich das Gesamtprodukt, der Hautschweifs, je nachdem einen Zuwachs oder eine Abnahme gewisser, den Komponenten angehörenden Eigenschaften zeigen. — Die Menge, resp. die Absonderung des Oberhautsekretes zu beeinflussen, steht bis jetzt nicht in unserer Macht. Dagegen können wir leicht durch künstliche Mittel: Wärme, Pilokarpin, die Thätigkeit der Schweifsdrüsen erhöhen. Aus den Veränderungen, die der Hautschweifs durch den Zuwachs an Schweifsdrüsensekret erfährt, läfst sich auf die Eigenschaften des letzteren schliefsen. Die Pilokarpin- und Badeversuche (siehe sub VI. und VII.) haben uns bei Untersuchung der Schweifsreaktion belehrt, dafs mit Zunahme der Drüsensekretion eine Aziditätsabnahme stattfindet, dafs der Hautschweifs endlich neutral und sogar alkalisch werden kann. Dafs wir es hierbei hauptsächlich mit einer Vermehrung des Drüsensekretes zu thun haben, habe ich anläfslich der Katzenversuche durch Exstirpation der Schweifsdrüsen bewiesen. Aus diesem Befund können wir, immerhin cum grano salis, mit einiger Berechtigung die Schlufsfolgerung ziehen, dafs das eigentliche Schweifsdrüsensekret weniger sauer, vielleicht alkalisch reagiert, dafs es erst auf dem Wege zur Hautoberfläche durch Aufnahme saurer Oberhautsekrete saure Eigenschaften bekommt. Wird, wie in der Ruhe, der alkalische Drüsenschweifs mäfsig oder sogar spärlich sezerniert, so hat das saure Oberhautsekret ein gewisses Übergewicht, so dafs es das alkalische Drüsenprodukt neutralisiert und ihm sogar seinen eigenen sauren Stempel aufdrückt.

Bei Überproduktion des Drüsensekretes, also nach Pilokarpin etc., müssen dagegen mehr die Eigenschaften des Drüsenschweifses beim Hautschweifs zum Ausdruck kommen. Da die sauren Oberhautsekrete, die sich hierbei quantitativ gleich geblieben, durch die Übermenge an alkalischem Drüsensekret neutralisiert werden, kann unter günstigen Umständen sogar eine alkalische Reaktion beim Hautschweifs zum Ausdruck kommen. Natürlich ist es nicht ausgeschlossen, sogar wahrscheinlich, dafs bei Pilokarpin- und Wärmeeinwirkung das Drüsensekret neben quantitativen auch qualitative die Reaktion mehr oder weniger beeinflussende Veränderungen erleidet.

Auf analoge Weise ist das eigentümliche, von LUCHSINGER und auch mir beobachtete Phänomen zu erklären, dafs am Ende des Schwitzens die alkalische Schweifsreaktion wieder in eine saure umschlagen kann. Am Ende des Schwitzens, d. h. wenn die Drüsensekretion und damit die

Schweifsbildung allmählich schwächer wird, erhält eben das Oberhautsekret wieder das Übergewicht und kann dann seine sauren Eigenschaften beim Hautschweifs wieder mehr zur Geltung bringen. — Auch aus teleologischen Gründen ist es in hohem Grade wahrscheinlich, dafs das Schweifsdrüsensekret, nach einigen Autoren ein Filtrationsprodukt des Blutes, jedenfalls aber ein direkter Abkömmling desselben, bei der Absonderung ebenfalls alkalische Reaktion zeigt. Es wäre schwer verständlich und eine Erklärung wohl auch schwer zu finden, woher relativ so reiche Säuremengen bei der Schweifsdrüsensekretion stammten.

Sprechen hiermit verschiedene Umstände entschieden dafür, dafs wir im Hautschweifs ein Additionsprodukt vor uns haben, bestehend aus einem weniger sauren, höchst wahrscheinlich schwach alkalischem, Schweifsdrüsensekret und einem ausgesprochen sauren Oberhautsekret, welch letzteres normal, d. h. bei mäfsiger Schweifsproduktion, reaktiv in der Übermacht, dem Hautschweifs hauptsächlich seine saure Reaktion verleiht, so ist wohl ohne weiteres klar, dafs jede dieser beiden Komponenten für sich unter physiologischen und pathologischen Bedingungen die mannigfachsten Veränderungen erleiden kann. Diese müssen wieder auf die Beschaffenheit des Gesamtproduktes, den Hautschweifs, von Einfluſs sein. — Bei abnormer Drüsensekretion werden wir als Substrat davon nicht selten anatomische Veränderungen nachweisen können. So weisen, abgesehen von den Untersuchungen Heidenhains an den Magendrüsen, sowie denen Renauts (*Société de Biologie* 1878) an den Schweifsdrüsen des Pferdes, gerade die letzten Untersuchungen Josephs, der bei Schweifshypersekretion, erzeugt durch Pilokarpin, eine Erweiterung des Drüsenlumens, durch Reizung des Ischiadicus eine Verengerung desselben fand, entschieden darauf hin, dafs hier, wenn keine quantitativen, so doch qualitative Differenzen zwischen Pilokarpin- und „Nerven"schweifs, in diesem Fall durch Veränderung des Drüsenprodukts veranlafst, sehr wahrscheinlich sind. Es wäre ein sehr verdienstvolles Unternehmen, gerade unter solchen Bedingungen, welche hauptsächlich die Drüsensekretion beeinflussen, die Eigenschaften dieser verschiedenen Hautschweifse festzustellen. — Unter gewissen physiologischen Bedingungen, nach Muskelanstrengung, je nach der Tageszeit etc., lassen sich, wie ich des öftern zu konstatieren Gelegenheit hatte, Differenzen in der Schweifsreaktion nachweisen, die wohl ebenfalls auf das Drüsensekret zurückzuführen sind. Tourton[3] machte darauf aufmerksam, dafs nach Muskelarbeit die Azidität des Hautschweifses steigt, dafs stickstoffreiche Nahrung (Fleisch) ebenfalls die Säuremenge erhöht (wie übrigens schon Claude Bernard konstatiert hatte), dafs beim Weib, beim Kind, beim Greis die Schweifsazidität verringert ist. Aubert behauptet wieder, dafs im Winter die Azidität erhöht sei.

Auch bei pathologischen Zuständen, speziell Allgemeinerkrankungen, sind Reaktionsveränderungen des Schweifses nachgewiesen worden, die wohl als Alterationen des eigentlichen Drüsensekretes zu deuten sind.

So will GAUTIER (nach L. BOUVERET, *Chimie biologique*, II. B., S. 433) bei Hungertyphus, Urämie, Gicht, alkalischen Schweifs, verursacht durch Gegenwart von kohlensaurem Ammoniak, gefunden haben, erhöhte Azidität, herrührend durch Anwesenheit von Milchsäure, bei Skrophulosis, Rachitis, Rheumatismus etc. ANDRAL (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, Paris 1844) behauptet dagegen:

„Quelles que soient les conditions de santé ou de maladie dans lesquelles j'ai examiné la sueur, je l'ai toujours trouvée le plus souvent acide, quelques fois neutre, jamais alcaline. J'ai constaté l'état neutre lorsqu'elle est très-abondante. Son acidité ne lui est enlevée par aucune maladie; aucune ne la rend alcaline. — Dans les fièvres typhoïdes quelle que soit la gravité, l'acidité persiste; elle ne disparaît pas chez les diabétiques."

M. BURQUIÈRES (nach TOURTON) sah bei Cholera im 2. Stadium den Schweifs neutral werden, im Reaktionsstadium wurde er wieder sauer.

TOURTON fand bei sämtlichen von ihm untersuchten Krankheitsfällen saure Reaktion; allein bei einer Lungenphtise und einer zerebralen Lues war der Schweifs neutral. — Immerhin bedürfen diese Arbeiten einer nochmaligen kritischen Durchsicht.

Wie die eine Komponente des Hautschweifses, das Schweifsdrüsensekret, den verschiedensten physiologischen und pathologischen Veränderungen unterworfen sein kann, so dürfen wir annehmen, dafs auch der 2. Faktor, das Oberhautsekret, unter günstigen Umständen analoge Differenzen eingehen kann. Welche? das wird allerdings ein ungelöstes Rätsel bleiben, so lange wir nicht einmal über die Zusammensetzung des normalen Oberhautsekrets volle Sicherheit haben und nur aus der Reaktion und theoretischen Erörterungen auf Fettsäuren etc. als wahrscheinliche Bestandteile desselben schliefsen müssen. — Obschon hauptsächlich bei gewissen Oberhauterkrankungen, ich nenne nur Ekzem, Psoriasis, die verschiedenen Mykosen etc., mit Sicherheit Veränderungen des Hautschweifses, durch solche des Oberhautsekretes verursacht, zu erwarten wären, so sind gerade hier Schweifsuntersuchungen nur sehr spärlich gemacht worden und die wenigen dringend der Revision bedürftig. Unter der mir zugänglichen Litteratur fand ich allein eine Arbeit von P. AUBERT[5] über quantitative Veränderungen des Schweifses bei Hautkrankheiten. Die Resultate dieser Arbeit sind kurz folgende: 1. Pigmentanomalien verursachen keine Modifikation der Schweifssekretion. 2. Tiefgehende Hyperämien ohne entzündliche Symptome, d. h. oberhalb Knochenläsionen, tiefen Abszessen, Fisteln, bei Ekzem und

Psoriasis im Stadium der Rückbildung, erzeugen Hypersekretion. 3. Oberflächliche Hyperämien, d. h. allgemeine Exantheme, zeigen keine Abweichung der Schweifsmenge. 4. Entzündliche Prozesse der Haut (Erysipel, Ekzem, Psoriasis) unterdrücken vollständig oder vorübergehend die Schweifssekretion. — Erinnern möchte ich im weitern an die akuten Exantheme: Masern, Scharlach, Blattern, bei denen das veränderte Oberhautsekret wohl nicht wenig zur Diagnosis per nasum der alten Ärzte beigetragen haben dürfte.

Wir haben anläfslich der Bildung des Oberhautsekretes davon gesprochen, dafs sich bei Oxydation und Zersetzung von Eiweifskörpern neben Fettsäuren auch Fette bilden können. Die Frage hat nun eine gewisse Berechtigung, ob in der Oberhaut, speziell Stachel- und basalen Hornschicht, sich nicht auch Fette nachweisen lassen. Ohne mich in diese diffizile Frage näher einlassen zu wollen, möchte ich nur erinnern, dafs, abgesehen von der jedem bekannten Osmiumschwärzung der basalen Hornschicht, es UNNA und in letzter Zeit LEDERMANN gelungen ist, das Vorhandensein von Fettreaktion gebenden Körperchen (Schwärzung durch Osmium, Extrahierbarkeit durch Ätheralkohol) um und in den Stachelzellen nachzuweisen. Die Annahme liegt dann auch nicht zu ferne, dafs diese fettähnlichen Körperchen wie die Fettsäuren als Stoffwechselpropukte anzusehen sind, dafs sie auf gleiche Weise wie die letztern durch die Interspinalräume in die Schweifsdrüsengänge und von dort an die Hautoberfläche gelangen, und dafs sie mit den Fettsubstanzen identisch sind, die wir (siehe sub Methodologisches) mit Leichtigkeit im Schweifs nachweisen können. Wir hätten damit nicht nur in den Schweifsdrüsen selbst, wie UNNA der Ansicht ist, sondern noch viel mehr in der Stachelschicht eine Fettquelle für die Haut, was um so wahrscheinlicher ist, als das Schweifsdrüsenepithel entwickelungsgeschichtlich und mikrochemisch mit den Stachelzellen identisch ist.

Die Beantwortung der 4. Frage, die wir uns gestellt: wie können wir die saure Reaktion des Schweifses in der Ruhe und die bis zur Alkaleszenz abnehmende Azidität des Schweifses bei Thätigkeit, d. h. Pilokarpin- und Wärmeeinwirkung, erklären? ergiebt sich aus dem Vorhergehenden ohne weiteres. — Nach dem Gesagten finden wir auch für gewisse, anfänglich schwer zu deutende Erscheinungen der Oberhautazidität bei mäfsiger und nach starker Schweifssekretion eine Erklärung. Ist an einer Hautstelle, wie es z. B. an den Streckseiten der Gelenke der Fall, die Schweifssekretion spärlich, so fehlt die Kraft, welche die sauren Oberhautsekrete austreibt, resp. aspiriert. Höchstens weichen sie langsam dem Druck des aus der Papillarschicht nachrückenden, Nährmaterial abgebenden und Zersetzungsprodukte aufnehmenden Lymphstromes. Infolgedessen sammeln sich die sauren Oberhautsekrete

in der Haut in erhöhtem Maſse an und teilen durch Diffusion ihre Eigenschaften, d. h. die Azidität, der Hautoberfläche mit, um so leichter, wenn wir annehmen, daſs die sich stauenden Sekrete unter einem gewissen Drucke entstehen. Eine Stauung des Oberhautsekrets kann auch herbeigeführt werden, indem die Absonderung des Schweiſses auf die Hautoberfläche durch mechanische Hindernisse erschwert wird, z. B. durch Verengerung oder Obliteration des Schweiſsausführungsganges (wie bei Hühneraugen) oder auch nur durch Verdickung der Hornschicht, wie z. B. in der Palma manus, wobei die vis a tergo oft nicht genügt, um den Schweiſs den längern Weg, den er jetzt zurücklegen muſs, mit gleicher Schnelligkeit durchzutreiben. — Rufen wir aber an diesen Stellen eine reichliche Schweiſssekretion hervor, so finden auch diese Oberhautsekrete einen genügenden Abfluſs in den rasch durchströmenden Drüsenschweiſs; die Oberhautacidität nimmt ab, ja nach genügend langer Schwitzdauer sind die Differenzen der Hautazidität zwischen Beuge- und Streckseiten, wo die Ausfluſsbedingungen sich jetzt ja ziemlich gleich günstig verhalten, kaum mehr nachweisbar. Ich konnte diese Ausgleichung in der Hautreaktion anläſslich meiner Badeversuche mehrmals konstatieren, ohne mir anfangs eine befriedigende Erklärung dafür geben zu können. — Ein vollständiges Verschwinden der Oberhautazidität tritt dagegen, wie mir das Experiment bewies, auch nach längerem ($^3/_4$-stündigem) Schwitzen nicht ein, da der Drüsenschweiſs die Interspinalgänge eben nicht durchspült, sondern von dort her nur abgelagerte Stoffe als Zuschuſs erhält, weshalb immer saure Sekrete zurückbleiben und die Oberhautreaktion beeinflussen können. Würden wir das Verhältnis der Schweiſsreaktion zur Oberhautreaktion während eines Schwitzbades graphisch darstellen, so fiele die Reaktionskurve des Schweiſses relativ ziemlich steil von einer gewissen Aziditätshöhe zur neutralen Horizontalen, und, unter günstigen Umständen, sogar darunter, zur Alkaleszenz, ab, während die Kurve der Oberhautreaktion sich nur langsam senkt und dann fast parallel etwas oberhalb der Neutralen, also immer noch eine gewisse Azidität anzeigend, verläuft.

Auch in einer Reihe von pathologischen Fällen konnte ich ähnliche Beobachtungen anstellen, daſs dort, wo die Schweiſssekretion stockte oder spärlich war, neben anderen Symptomen (Verdickung der Hornschicht etc.) eine Erhöhung der Oberhautazidität eintrat.

Die Beantwortung der Fragen, die wir am Schlusse des 1. Teiles der Arbeit uns gestellt, ist also kurz folgende:

1. Die Oberhautreaktion ist von der Schweiſsreaktion unabhängig: sie ist eine Eigenschaft der Haut sui generis.

2. Die lokalen Differenzen der Oberhautreaktion hängen esonders von der verschiedenen Hornschichtdicke ab, die

wieder mit Differenzen der Schweifssekretion vergesellschaftet ist.

3. Der normale saure Hautschweifs ist ein Additionsprodukt, bestehend aus einem weniger sauren, wahrscheinlich schwach alkalischen Schweifsdrüsensekret und einem sauren Oberhautsekret.

4. Die saure Reaktion des Schweifses in der Ruhe und die bis zur Alkaleszenz abnehmende Azidität des Schweifses bei Thätigkeit, d. h. bei Pilokarpin und Wärmeeinwirkung, hängt besonders von quantitativen Schwankungen der beiden Schweifskomponenten, speziell des Drüsensekretes ab.

Am Schlusse dieser Arbeit fühle ich mich gedrungen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. Unna, für die Anregung zu dieser Arbeit und das lebhafte Interesse, womit er dieselbe verfolgte, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Es freute mich, wenn es mir durch diese Arbeit gelungen ist, einen weitern Beweis für die von Unna schon seit Jahren verteidigte Ansicht: der Schweifs hat mehrere Quellen, beigebracht zu haben.

Litteraturverzeichnis.

[1] P. G. Unna. Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweifssekretion. *Schmidts Jahrbücher d. ges. Medic.* 1882. Bd. 194.

[2] M. Kaposi. *Maladies de la peau.* Trad. avec notes et additions par E. Besnier et A. Doyon.

[3] D. Trümpy und B. Luchsinger. Besitzt normaler menschlicher Schweifs wirklich saure Reaktion? *Archiv f. Physiologie v. Pflüger.* Bd. XVIII., 1878.

[4] J. Tourton. *Essai sur la réaction de la sueur.* Thèse de Lyon. 1879.

[5] P. Aubert. Des modifications subies par la sécrétion de la sueur dans les maladies de la peau. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* IX., 1877—78.

[6] P. G. Unna. Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie. — *Dermatol. Studien,* II. Reihe, 2. Heft.

[7] P. G. Unna. Die Lymphbahnen der menschlichen (und tierischen) Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. S. 19.

[8] P. G. Unna. Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut. *Ziemssen's Handb. d. Hautkrankh.* 1. Bd. 1883.

[9] Ziemssen. Physiologie der Haut. Dito.

[10] L. Bouveret. *Des sueurs morbides.* Thèse de Paris. 1880.

[11] Asal Key und G. Retzius. Zur Kenntnis der Saftkanäle der menschlichen Haut. *Nord. Arkiv.* 1876.

[12] J. Moleschott. *Über das Wachstum der Horngebilde des menschlichen Körpers und die damit verbundene Stickstoffausgabe.* Sep.-Abdr. Gießen, 1879.

[13] M. Joseph. Über Schweifsdrüsen- und Talgdrüsensekretion. *Arch. f. Anatomie u. Physiologie.* Heft 6, 1891.

Erklärung zu den Tafeln IX und X.

Fig. 1. Oberhautreaktion des Kopfes. Die sauersten Stellen entsprechen der Nasolabialfurche, der Kinngegend, dem knöchernen Nasenrücken, in manchen Fällen auch den Stirnhöckern. Hie und da zeigt auch die Gegend des unteren Augenlides, sowie die hinter den Ohrmuscheln befindliche Partie ausgesprochen erhöht saure Reaktion, letzteres um so auffallender, als gerade das Capillitium nach oberflächlicher Reinigung im allgemeinen schwach sauer reagiert. — Eine befriedigende Erklärung für diese Differenzen kann ich nicht geben, um so weniger, als diese Befunde nicht konstant sind und unter scheinbar gleichen äußeren Bedingungen sehr variierend sind, ja ganz fehlen können. — Die Übergänge der verschiedenen Aziditätsdifferenzen sind ziemlich allmählich und in der Figur, siehe z. B. Stirn-, Nasengegend, nicht ganz richtig wiedergegeben.

Die Deltoidesgegend, die auf der Abbildung etwas spärlich mit Farbe bedacht worden ist, zeigt gegen die Umgebung keine Abnahme der Azidität.

Fig. 2. Seitenansicht des Rumpfes. Während die Rumpfseite nach vorn gegen die Brust zu eine Zunahme der Oberhautazidität zeigt, nimmt letztere nach hinten an Intensität etwas ab. Deutlich ist die Aziditätsabnahme in der Achselbeuge, wo dieselbe durch ein noch mehr ausgesprochenes Lichterwerden der roten Farbe auf der Abbildung vielleicht noch etwas mehr zur Geltung hätte kommen dürfen. — Diese Aziditätsabnahme habe ich wie in allen Gelenken (am wenigsten ausgeprägt in der Leistenbeuge) konstant gefunden; ob dies allein auf erhöhte Schweißbildung (schweißdrüsenreiche Hautpartien zeigen gewöhnlich eine weniger ausgesprochene Hautazidität; siehe Text) und in diesem speziellen Fall vielleicht noch auf Imbibition von alkalisch zersetztem Schweiß (siehe Text sub VIII) zurückzuführen ist, lasse ich dahingestellt.

Figg. 3 und 4. Vorder- und Rückseite des Rumpfes. Hier fällt neben der Aziditätszunahme um Brustwarzen und Nabel vor allem die gegenüber dem Rücken erhöhte Oberhautazidität der Brust auf. Leider ist sie auf Abbildung 3 nicht zum Ausdruck gekommen, dagegen geben Abbildung 1 und 2, wenn auch in der Farbe etwas zu intensiv, recht gut dieses Verhältnis wieder. Diese Differenzen, wofür mir noch eine befriedigende Erklärung fehlt, fand ich in den meisten untersuchten Fällen deutlich ausgeprägt. Auch am Nacken, dem Processus prominens des 7. Halswirbels entsprechend, konstatierte ich oft eine leichte Aziditätserhöhung.

Leicht verständlich ist Tafel X, *Figg. 5—8*, Beuge- und Streckseiten der Extremitäten darstellend. Die Zunahme der Oberhautazidität an gewissen Stellen ist hier sehr konstant, entsprechend den Hornschichtverdickungen. Zur Verdeutlichung mußten die Differenzen auf dem Bilde etwas intensiver hervorgehoben werden, als sie in Wirklichkeit sind, während an den Gelenkbeugen die Farben noch lichter gehalten sein dürften. — Das Nähere siehe im Text.

Korrespondenz.

Mexiko, Februar 1892.

(Brief von Dr. E. Lier.)

(Schluſs.)

Auf Grund vorausgehender Auseinandersetzungen und objektiver Anschauung steht es für mich fest, daſs der weiſse und rote Pinto von dem blauen Pinto völlig zu trennen sind, daſs es sich bei den ersteren beiden um völlig differente Prozesse handelt, morbider, parasitärer oder kontagiöser Natur, daſs dagegen der letztere die Merkmale einer krankhaften Abnormität nicht aufweist, mit einem Wort keine Krankheit ist.

Die Gründe für vorstehende Behauptung sind folgende:

1. Für die Entstehung des blauen Pigmentes sind prädisponierende Momente pathologischer Natur ohne Einfluſs, insofern ohne Prodromalsymptome, ohne Störung des lokalen oder allgemeinen Gesundheitszustandes die blauen Flecken auftreten.

2. Die Pintos blauer Varietät erfreuen sich das ganze Leben hindurch einer ungestörten Gesundheit, oder vielmehr die blaue Verfärbung hat keine Beziehung zu irgend welchen pathologischen Störungen.

3. Der blaue Pinto ist nicht kontagiös, aber hereditär insofern, als sich Eigentümlichkeiten des Hautorgans überhaupt leicht vererben, z. B. Warzen, Ohrendefekte, Muttermäler etc.

4. Inokulationen haben keine Resultate ergeben.

5. Die von Ruiz und Gaviño als pathogen hingestellten Bakterien haben keine Spezifität für die blaue Form.

6. Die Abhängigkeit des blauen Pigments von der direkten Einwirkung der Sonnenstrahlen ist ganz evident.

Wenn die blaue Pigmentierung keinen krankhaften Prozeſs darstellt, so muſs dieselbe aber natürliche Ursachen haben, welche nur unter ganz bestimmten Verhältnissen, wie sie z. B. in dem tropischen Amerika gegeben sind, zur Wirksamkeit sich entfalten. Welche sind nun diese Momente?

Nach der Ansicht hervorragender Naturforscher und auf Grund der Darwinschen, fast bis zur Gewiſsheit erhärteten Theorie ist die schwarze Pigmentierung als die ursprüngliche Hautfarbe der Menschen anzusehen. Am Schluſs der Tertiärperiode der Erde trat der Mensch zuerst auf die Weltbühne zu einer Zeit, als im heutigen Europa noch eine fast unerträgliche Sonnenwärme herrschte, als im heutigen Mittel-Deutschland und Frankreich noch Palmen die Landschaft schmückten, als dort Tiere sich

nährten, die heute nur noch in der eigentlichen Tropenzone zu finden sind, und ganz besonders menschenähnliche Affen ihr Wesen trieben. Zeugen jener Periode des Jugendalters unseres Planeten bilden die Reste tropischer Farnkräuter, Gerippe elephantenähnlicher Tiere und Schädel von Menschenaffen, die man in der Schweiz, Belgien und anderen Punkten Europas gefunden hat. Speziell deutet die Schädelbildung der damaligen Anthropoiden auf eine Species, welche ihrem ganzen Bau und der Masse, sowie Struktur des Gehirns entsprechend die Mitte hielten zwischen den heute lebenden menschenähnlichen Affen Afrikas und den Negern. Diese Menschenaffen waren dunkel behaart, mit Ausnahme von Gesicht und Händen, welche eine dunkelbläuliche Farbe zeigten. Innerhalb welcher ungeheueren Zeiträume sich die allmähliche Umwandlung dieser Vorstufen des Menschengeschlechts in die Species Mensch vollzogen hat, läfst sich auch nicht annähernd ermessen; wohl mögen die ersten Exemplare, wenn man überhaupt von solchen einzelnen Versuchen der Natur sprechen kann, nur ganz unbedeutende Differenzen von der Urrasse dargeboten haben, wie sie vielleicht noch heute an den auf der untersten Stufe der Menschheit stehenden Typen anzutreffen sind. Jedenfalls stand die Wiege der Menschen nicht im tiefen Asien, sondern im hohen Norden, wie sich auch hier die Erde zuerst mit grüner Pflanzendecke überzogen hat. Damals, als in den heutigen Tropenländern wegen der ungeheuren Hitze weder Pflanzen noch Tiere existieren konnten, gab es schon tropisch vegetabilisches und animalisches Leben am Nordpol und begann der Mensch in seinem „dunklen Drange“ die Geheimnisse der Natur, die ihn geschaffen, zu ahnen; doch führte er noch ein tierisches Dasein, ohne Sprache wandernd wie seine tierischen Genossen nach dem Grundsatz „ubi bene, ibi patria“. Als sich nach und nach der Jahreszeitenwechsel mit fortschreitender Abkühlung der Erde herausbildete und die Pflanzenwelt sich nach dem Äquator zu immer mehr Terrain eroberte, begannen auch, wie die Wanderzüge der Tiere, insbesondere der Vögel, die der Menschen in kleineren und gröfseren Scharen aus nördlichen, mehr polaren Gebieten nach wärmeren Landstrichen und wieder zurück, bis sich dauernd organisches Leben innerhalb der Wendekreise entfalten konnte und die Pole vorübergehend in Schnee und Eis sich hüllten und damit der Erde ein neues Gepräge verliehen wurde. Mit dieser klimatischen Veränderung vollzog auch die gesamte organische Welt einen bedeutenden Wandel, ganz besonders aber der Mensch, der im wesentlichen ähnlich wie die Pflanze und das Tier ein Produkt des Bodens ist, der ihn ernährt, und des Klimas, das ihn umgiebt. Diese Metamorphose machte sich besonders in zwei Richtungen geltend: der nunmehr sich stärker entwickelnde Kampf ums Dasein spornte seinen Geist zu regerer Thätigkeit und beförderte dadurch auch die gröfsere Entwickelung des

Gehirns nach Gröfse und Feinheit der Struktur, und der Gesamtorganismus adaptierte sich durch allmähliche Modifizierung seiner Körperoberfläche an die veränderten Aufsenverhältnisse. Das tiefdunkle Pigment der Haut, welches in dichter Anhäufung das Rete Malpighii durchsetzte, verminderte sich, die Struktur der Lederhaut modifizierte sich gleichfalls je nach dem Klima, und das Wollhaar der Urmenschen schwand bei allen, welche dauernd dem ursprünglichen feuchtheifsen Klima der Tertiärzeit entzogen wurden. Andererseits erhielt sich der Urtypus bei denen, welche sich diesem geschilderten Klimawechsel durch successive Wanderungen nach den Äquatorialgegenden entzogen. Dieses Gesetz der Anpassung des Menschen an die klimatischen Verhältnisse erklärt in einfacher und logischer Weise alle Rassenunterschiede und insbesondere die Mannigfaltigkeit der Hautfärbungen, vom hellen Weifs der Nordländer bis zum tiefen Schwarz der Afrikaner.

Das dunkle Pigment der Haut, welches für die Neger einen direkten Schutz gegen das intensive Sonnenlicht der Tropen, sowie gegen die perniziösen Tropenfieber bildet, sollte sich aber auch im äquatorialen Amerika finden, da die Natur doch ewig gerecht ist und ihre Gesetze überall da in gleicher Weise wirken läfst, wo gleiche Ursachen vorhanden sind. Die Kraft der Sonne, die Beschaffenheit des Bodens, kurz das Klima bietet sicher nur geringe Differenzen vom afrikanischen Kontinentalklima, und doch ist die Tierwelt, insbesondere aber die Menschenspezies so total verschieden von der des sogenannten schwarzen Kontinents. Die Erklärung für diese scheinbar rätselhafte Erscheinung ist unschwer zu finden in der Hypothese, dafs Amerika im Vergleich zu der alten Welt in der That einen neuen jungen Weltteil bildet, emporgestiegen aus dem gewaltigen Urmeer durch vulkanische Thätigkeit, deren Effekte in den ganz Amerika durchziehenden Cordilleren, mächtigen, zum Teil noch jetzt wirksamen Vulkanen und ausgedehnten plutonischen Gebirgsformationen seltener Art sich darstellen, zu einer Zeit, als die drei zusammenhängenden Erdteile Asien, Europa und Afrika längst sich mit üppiger Pflanzendecke geziert und mit der gesamten Entwickelungsreihe tierischer Organismen bis zum Menschen hinauf belebt hatte. Somit ist sicher, dafs die schwarze Urrasse samt den Anthropoiden damals schon so tief nach Süden hinabgewandert war, dafs eine etwaige Übersiedelung nach dem jungen Kontinent unmöglich stattfinden konnte, zumal der unermefsliche Ozean jede Verbindung der alten Weltteile mit dem neuen Werk Plutos und Neptuns so vollständig verhinderte, dafs es einer Kultur von Jahrtausenden bedurfte, um nur dessen Existenz zu ahnen und durch den wackeren Columbus wiederzufinden und damit eine künstliche, grausame Verpflanzung der für das gleiche Klima tauglichen Menschenkräfte schwarzer Rasse zu ermöglichen.

Wenn auf Grund dieser Betrachtung der Umstand erklärlich wird, dafs im äquatorialen Amerika keine Neger noch Menschenaffen bei seiner Entdeckung angetroffen wurden und überhaupt nicht einmal eine denselben ähnliche dunkle Bevölkerung sich vorfand, so erscheint es andererseits zweifellos, dafs eine Einwanderung der Menschen von Asien her stattgefunden haben mufste und zwar verhältnismäfsig spät, jedenfalls erst dann, als bereits die nord- und mittelasiatischen Menschen zu ganz charakteristischen Völkertypen sich konsolidiert hatten; denn die Ähnlichkeit der Ureinwohner Amerikas in Gestalt, Physiognomie und Farbe mit den Chinesen und Japanern ist noch jetzt so in die Augen fallend, dafs man dieser Thatsache Gewalt anthun würde, wollte man den Ursprung derselben in anderer Weise erklären. Auf welchem Wege nun auch dieses „krystallisierte Menschenvolk", wie es Goethe nennt, nach dem neuen Ozeanien gekommen sein mag, es verbreitete sich vom Norden her über ganz Amerika bis zum Kap Horn, und wird zu diesem Zweck nur kurzer Zeit bedurft haben, da ein gemeinsamer Typus alle indianischen Stämme von Dakota bis Patagonien mit geringen Variationen auszeichnet. Die wirklich vorhandenen Differenzen aber in Gestalt und Hautfärbung müssen als Wirkungen der so mannigfaltigen Klimaverhältnisse aufgefafst werden. Die Indianer Nordamerikas, die Rothäute, wurden durch rauheres Klima gestählt und zeigen eine rötliche Hautfarbe, die Indier innerhalb der Wendekreise sind gröfstenteils von kleinerer Statur und haben tiefbraune Färbung, während die Pescherähs des Feuerlandes helleren Teint besitzen. Es ist mithin keinem Zweifel unterworfen, dafs das Tropenklima, speziell die pigmentbildende Kraft des Sonnenlichtes die intensivere Färbung der tropischen Indier erzeugt und begünstigt, und erscheint es ganz evident, dafs die Natur sich bestrebt, das dieser Rasse nicht adäquate Klima mit dem Hautkolorit in Einklang zu bringen. Ein Ausdruck dieses Willens in der Natur, wie ihn SCHOPENHAUER in seinem Werk *Die Welt als Wille und Vorstellung* in tausend anderen Beziehungen so klassisch geschildert hat, ist der Acclimatisationsversuch, wie ihn die Natur seit Entstehung des Menschengeschlechts bezüglich der Pigmentierung wirksam durchgeführt hat. Jedem Klima entspricht dieselbe, den Polarbewohnern geziemt die helle, den Tropenmenschen die dunkle oder schwarze Farbe; im Norden schreitet die Entpigmentierung immer weiter fort, im feucht-heifsen Tropenlande kondensiert sich das Pigment und bildet sich da, wo es in noch nicht genügender Menge vorhanden ist. Wie nun einst in vorhistorischen Zeiten bei dem Übergang der schwarzen Farbe in hellere Tinten sich die verschiedensten Farbennuancen entwickelt haben mögen, bis endlich eine dauernde Grundfarbe für die verschiedenen Menschenrassen sich herausgebildet hatte, so machen sich noch jetzt bei Völkern, welche in neue, ihnen nicht adäquate Klimate versetzt wurden,

tiefgreifende Veränderungen wie in der Gesamtkonstitution so in der Hautfärbung geltend. Einen Beweis dafür liefern die Völkerschaften des tropischen Amerika, speziell die Indier und Mischrassen, deren sonderbarste Pigmentanomalie die blaue Färbung ist.

Es ist mithin der blaue Pinto entweder nur als ein Rückschlag, Atavismus nach DARWIN, in die ursprünglich schwarze Hautfarbe aufzufassen oder auf Grund vorausgehender Erörterungen als ein manifestes Bestreben der Natur, die für das heifse Klima noch nicht völlig taugliche braune Farbe in die dunkle umzuwandeln und so eine Adaptation der den Tropen fremden Rasse an die veränderten Tropenverhältnisse in ähnlicher Weise herbeizuführen, wie sie es einst gethan und noch fortgesetzt in Afrika vollzieht. In dieser Absicht wird die Natur noch unterstützt in Mexiko durch die ehemalige Importierung von Tausenden von afrikanischen Negern und deren Ansiedelung, besonders an den westlichen Küstenstaaten wie Guerrero, wo auch heute noch infolge der Vermischung mit den Eingeborenen die Pintos anzutreffen sind, und besonders in Brasilien durch die seit Jahrhunderten erfolgte Einfuhr von schwarzen Sklaven und deren enorme Vermehrung und vielfache Kreuzung mit den Indiern. Die Möglichkeit, dafs auch in Afrika unter ähnlichen Verhältnissen blaugefleckte Menschen auftreten, ist nicht ausgeschlossen, thatsächlich wird neuerdings über deren Vorkommen berichtet.

Wie es somit sicher ist, dafs unsere Ahnen vor Äonen von Jahren schwarz gewesen sind, so zweifellos erscheint es, dafs der Mensch der fernsten Zukunft sein Pigment verlieren wird, wenn die segen- und wärmespendende Sonne dem kleinen Trabanten Erde ihre Gunst mehr und mehr entzieht und unter dem heutigen Tropenhimmel ein Klima erzeugt, welches dem der jetzigen gemäfsigten Zone in beiden Hemisphären entspricht. Während dieser unermefslichen Zeit aber wird der Mensch bezüglich seiner Konstitution und Färbung ganz bedeutende Wandlungen erfahren, insbesondere auch deshalb, weil infolge der unendlich vereinfachten und beschleunigten Verkehrsverhältnisse die Wanderung der verschiedensten Rassen und deren Vermischung in so hohem Grade begünstigt werden wird.

Ob die Natur noch die Kraft haben wird, im tropischen Amerika es zur Bildung einer den Negern ähnlichen Rasse, der blauen Rasse, zu bringen, bleibt dahingestellt; jedenfalls sind in einigen Gegenden, wie Habanna, Brasilien, wo sich massenhaft aus Afrika exportierte Neger befinden, die günstigsten Bedingungen dazu geboten.

Nach vorausgehenden Erörterungen komme ich zu folgenden Thesen:

1. Eine unter der Bezeichnung „Mal del Pinto“ in Mexiko als pathologische Einheit aufgefafste Krankheit existiert nicht.

2. Der bis jetzt als weifser und roter Pinto beschriebene Krankheitszustand repräsentiert anomale Pigmentalterationen, sowie parasitäre resp. kontagiöse Hautkrankheiten.

3. Der blaue Pinto ist keine Krankheit, sondern ein normaler Pigmentierungsprozefs, bedingt durch die Eigentümlichkeiten der Tropenländer und der mexikanischen resp. amerikanischen Menschenrassen.

4. Dieser Pintozustand wird mit Sicherheit sich noch steigern im Laufe der Jahrhunderte.

5. Die Existenz der blauen Pintos in verhältnismäfsig geringer Zahl (300 000 in Mexiko) deutet auf eine relativ spät erfolgte Bevölkerung Amerikas.

6. Der Pintozustand ist ebenso notwendig wie die schwarze Farbe der Neger nach dem DARWINschen Gesetz der Anpassung.

Als weitere Konsequenzen der aufgestellten Sätze ergeben sich:

1. Die Behandlung der blauen Pintos widerspricht der Natur und dem Wesen derselben.

2. Alle eventuell von der Regierung gegen die Ausbreitung des blauen Pintos zu ergreifenden Mafsnahmen sind wissenschaftlich nicht gerechtfertigt und nutzlos.

3. Die Acclimatisation der verschiedenen Völkerrassen in Mexiko und Amerika überhaupt ist noch nicht zum Abschlufs gelangt und wird noch bedeutende Veränderungen in Bezug auf allgemeinen Typus, insbesondere den der Hautpigmentierung zur Folge haben.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 1. März 1892.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Vorsitzender: Herr LASSAR. Schriftführer: Herr SAALFELD.

1. Herr LEDERMANN stellt einen Patienten vor, den er seit 4 Wochen an Ulcus molle behandelt, und bei dem sich bei der ersten Untersuchung nirgends ein Symptom von Lues zeigte. Nach Heilung des Ulcus molle traten vor ca. 8 Tagen Plaques an den Tonsillen auf, und es stellte sich heraus, dafs der Kranke vor 10 Monaten einen harten Schanker acquiriert hatte, dem Roseola gefolgt war. Er hatte nur 15 Inunktionen angewendet. Die unzureichende Therapie hatte wohl den **galoppierenden Verlauf der Syphilis** zur Folge, bewirkte demnach schon nach $^3/_4$ Jahren die Entwickelung eines Geschwürs auf der Tonsille, das L. nach Erwägung der differentialdiagnostischen Momente für zweifellos gummös zu halten sich berechtigt hält. Aufserdem besteht nur noch eine starke Schwellung der linken unteren Nasenmuschel.

2. Herr LEDERMANN stellt dann einen 2. Patienten vor, der seit 8 Jahren an

einer stets recidivierenden und unbeeinflufst von der Therapie wieder verschwindenden **Affektion der Handteller und Fufssohlen** leidet. Es entwickeln sich an den betreffenden Stellen rote flache, d. h. nicht über das Hautniveau prominierende Flecke, die sich peripherisch ausbreiten, während ihr Centrum mehr und mehr erblafst und schliefslich einen bläulich weifsen Farbenton annimmt. Augenblicklich ist der rechte Handteller und die linke Fufssohle befallen, der Prozefs schreitet niemals auf den Arm fort. Es besteht keine Sensibilitätsstörung, doch läfst der Patient Gegenstände leichter fallen, weshalb es L. für eine Angioneurose hält. Vor 8 Jahren ist der Patient mit einem Stock gefallen und behauptet, seit der Zeit das Leiden zu haben. Zeitweise besteht etwas Jucken, welches durch Kälte vermehrt, durch Wärme vermindert wird. Die Affektion verschwindet nach einiger Zeit und recidiviert dann ohne bestimmte Ursache. Die befallenen Stellen zeigen eine erhöhte Temperatur.

3. Herr Lewin stellt ein 24jähriges Dienstmädchen vor, das an **Leukoderma** leidet, obgleich es niemals syphilitisch war. Die Patientin zeigt am Halse, Nacken, Extremitäten und Abdomen Leukodermaflecke, es besteht etwas Fluor albus, auch sind Akuminaten vorhanden, aber nirgends zeigt sich eine Spur von Syphilis.

4. Herr Lewin stellt dann noch einmal den schon in der Dezember-Sitzung demonstrierten Kranken vor, der an Schwindel, unsicherem Gang, skandierender Sprache und choreatischen Bewegungen der Oberextremitäten litt. Als Ursache der Erscheinungen wurde eine **basale Meningitis gummöser Natur** angenommen. Eine energische Quecksilberbehandlung hatte die meisten Symptome zum Rückgang gebracht. In den letzten Wochen war jedoch eine ausgedehnte Keratitis interstitialis profunda des linken Auges entstanden, und es fragt sich, ob es sich nicht um eine hereditäre Syphilis handelt und nicht, wie damals angenommen wurde, um eine galoppierende Syphilis, da Hutchinson die Keratitis interstitialis als ein Zeichen der hereditären Lues angiebt. Der Patient wurde daraufhin nochmals genau untersucht, und zeigen sich die Zähne normal, nirgends Knochenaffektionen; der Vater des Patienten ist an Delirium tremens gestorben, die einzige Schwester ist gesund. Ebenso wenig sind Zeichen einer früheren Augenerkrankung (Narben auf der Cornea etc.) vorhanden. Dazu kommt, dafs die Keratitis vorzugsweise Kinder, die hereditär syphilitisch belastet sind, befällt. Deshalb glaubt L. hier nicht an hereditäre Syphilis, sondern hält die Keratitis für ein Symptom der acquirierten Lues. Da die Keratitis meist bei körperlich heruntergekommenen Individuen sich findet, so mag der lange Krankenhausaufenthalt, die grofsen Quantitäten Quecksilber und Jodkalium, die wegen des Hirnleidens angewendet werden mufsten, bei dem Patienten die Disposition zu der schweren Augenerkrankung gegeben haben. Die Cornea ist zur Zeit völlig getrübt; auch Getäfsentwickelung ist schon zu erkennen. Die Prognose ist ziemlich schlecht; die Behandlung besteht in der lokalen Anwendung von Atropin und innerlich Jodkalium.

5. Herr Peter: **Über Impfsyphilis.** Derselbe stellt einen 4jährigen Knaben vor, der mit einer Keratitis phlyctaenosa, einer rupiaähnlichen Effloreszenz am linken Mundwinkel und einem anscheinend serpiginösen Syphilid der Schulter in die Lassarsche Klinik gebracht wurde. Nebenbei bestehen Zahnmifsbildung und Drüsenschwellungen. Die Angaben der Grofsmutter sind derart, dafs sie das Leiden auf die Impfung schiebt. Denn bald nach derselben sollen sich Ausschläge auf dem Kopf entwickelt haben, die sich immer vermehrten und den rupiaartigen Charakter zeigten. Der Vater sowohl, als die Mutter und eine Schwester sind vollkommen gesund. Der Impfarzt des Kindes konnte ermitteln, dafs der Impfling, von dem dasselbe abgeimpft wurde, völlig gesund gewesen ist, und dafs der Impfverlauf bei dem angeblich infizierten Knaben ganz normal war. Es fragte sich nun, ob es sich um Syphilis hereditaria oder wirklich

um acquirierte vaccinale Syphilis handelte. Es wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet, doch trat danach keine Besserung ein, sondern im Gegenteil, die Drüsenschwellung nahm zu, und man begann an der Diagnose Syphilis zu zweifeln. Mit Rücksicht auf kleine Knötchen, die in den Effloreszenzen am Mundwinkel und auf der Schulter konstatiert wurden, möchte P. die ganze Affektion für tuberkulös halten.

Herr Lewin hat bei der vaccinalen Syphilis die spezifisch infizierten Impfpusteln nur mit starker Narbenbildung heilen sehen, die bei dem Knaben vermifst wird. Seine Frage, ob auf der Iris Tuberkeln gefunden seien, wird von Herrn Lassar verneint.

6. Herr Lewin: **Über rituelle und therapeutisch indizierte Circumcision.** In neuerer Zeit ist vielfach behauptet worden, die Circumcision sei eine hygienische Mafsregel, welche einen gewissen prophylaktischen Schutz gegen die Syphilisinfektion gewährt, während nach der Bibel selbst in der Beschneidung durchaus keine sanitäre Mafsregel besteht. Die Infektion hängt auch durchaus nicht von der Beschneidung ab; denn sie kommt dadurch zu stande, dafs das syphilitische Virus entweder in die Kontinuitätstrennungen der Epidermis eindringt, oder bei längerem Verweilen auf derselben Stelle der Haut in die Follikel gelangt. Gerade das Präputium verleiht Schutz gegen die Infektion. Abgesehen davon, dafs es selbst ziemlich dick ist und einen festen, von sehr zahlreichen elastischen Fasern durchzogenen Papillarkörper besitzt, ist es vielleicht gerade wegen der zuletzt erwähnten Eigenschaft leicht verschieblich und kann so dem Druck ohne Schwierigkeit ausweichen. Dadurch wird es von mancher sonst unvermeidlichen oberflächlichen Verletzung geschützt. Die Vorhaut enthält keine Haarfollikel und keine Schweifsdrüsen, in deren Öffnungen das Virus leicht eindringen könnte, dafür aber Talgdrüsen, deren wichtige Aufgabe es ist, das Glied, speziell die Glans penis einzufetten und so die Oberhaut geschmeidig zu halten und vor Einrissen zu schützen, die bei einer plötzlichen Spannungsänderung, wie sie die Erektion zur Folge hat, sonst unvermeidlich sind. Findet trotzdem eine Infektion statt, so kann sie in dem festen Gewebe der Vorhaut nicht in die Tiefe dringen. Ein infektiöses Geschwür führt daher, so lange es auf dem Präputium sitzt, nur äufserst selten zur Gangrän. Ist letzteres doch der Fall, so ist die dann wirklich indizierte Circumcision ein leichter Eingriff. Ganz anders ist die Sachlage, wenn ein gangränöses Geschwür auf der Eichel selbst sitzt. Dringt das Virus in die kavernösen Räume des Penis, so sind bei dem Mangel eines Ausführungsganges Stauung des Sekrets, Gangrän, heftige Blutungen leicht möglich. Eine besonders gefährliche Stelle ist der Sulcus coronarius, da seine Haut schleimhautähnlich ist und nach der einen Seite hin locker und verschieblich, nach der andern Seite hin auf dem kavernösen Gewebe der Eichel fest fixiert ist. Diese anatomische Konfiguration begünstigt die Entstehung von Einrissen, zumal wenn an dieser Stelle die Einfettung der Haut eine geringe ist. Nun befinden sich aber im Sulcus coronarius die sog. Tysonschen Talgdrüsen, die ziemlich tief liegen und einen langen Ausführungsgang haben. Ihr Sekret ist reich an höheren Fettsäuren, insbesondere an Olein- und Palmitinsäuren. Eintrocknen des Sekrets giebt Veranlassung zur Bildung der Präputialsteine. Aufser den Tysonschen Drüsen sorgt das Präputium selbst für Fett, da die obersten Epithelschichten der inneren Vorhautlamelle einen Verfettungsprozefs durchmachen. Diese beiden Schutzvorrichtungen fehlen den Circumcidierten; die Vorhaut wird entfernt, die Tysonschen Drüsen vertrocknen. Auch das Narbengewebe, das bei den Circumcidierten den Sulcus coronarius umgiebt, neigt leicht zu Einrissen. Schliefslich teilt Herr L. mit, dafs nach einer Statistik einer grofsen Zahl von Fällen das primäre Geschwür in 50% der Fälle am Präputium gesessen habe.

Die Statistik von 1000 syphilitischen Ulcera ergab nämlich:

am	Präputium	474 = 47,4
„	Sulcus	199 = 19,9
„	Glans	152 = 15,2
„	Frenulum	91 = 9,1
„	Penis	57 = 5,7
„	Orificium	15 = 1,5
„	Scrotum	12 = 1,2

Herr Saalfeld glaubt, dafs gerade die Statistik zu Gunsten der Circumcision spreche, indem sie den Nachweis giebt, dafs das Präputium der Locus minoris resistentiae ist. Die mangelhafte Reinigung der Glans penis, vor allem in den unteren Ständen, veranlassen häufig Balanitis, die ihrerseits wieder Veranlassung zu Erosionen giebt. Diese kleinen Erosionen können leicht infiziert werden.

Herr Rosenthal ist wie Herr Saalfeld derselben Ansicht.

Herr Lewin weist die Einwürfe zurück. Er habe den Nachweis geführt, dafs das Präputium einen relativen Schutz gegen die Infektion gewähre. Die Verteidiger der therapeutischen Circumcision müfsten erst nachweisen, dafs das Präputium der Locus minoris resistentiae ist. Gegen die durch mangelnde Sauberkeit hervorgerufenen Balanitis kämpfe man besser durch Erziehung des Volks zur Reinlichkeit, als durch einen operativen Eindruck.

7. Herr Heller: **Untersuchungen über den Einfluſs der Circumcision auf die Haut der Glans penis.**

Er demonstriert noch einmal die schon in voriger Sitzung vorgelegten mikroskopischen Präparate über die feinere Struktur der Haut der circumcidierten und nichtcircumcidierten Glans penis. Zur vergleichenden Untersuchung wurden stets entsprechende Stellen möglichst gleichalteriger Individuen gewählt. Die bisherigen, durchaus noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen haben ergeben, dafs das Stratum corneum bei Circumcidierten und Nichtcircumcidierten nur aus wenigen Lamellen verhornter Epithelien besteht und nur eine Stärke von 10—12 μ hat. Eine Verdickung dieser Schicht bei der mechanischen Einflüssen schutzlos preisgegebenen Haut der Circumcidierten ist nicht nachweisbar. Eine solche Verdickung wäre auch, da sie bei der Erektion des Gliedes leicht zu Einrissen führen könnte, quoad infectionem ungünstig. Stratum lucidum und Stratum granulosum fehlen in der Haut der Glans überhaupt. Die wichtigsten Unterschiede zeigen sich in dem Rete Malpighi. Während die obersten Schichten desselben aus 5—8 Zellreihen bei Circumcidierten und Nichtcircumcidierten bestehen, sind bei letzteren, die in die Cutis dringenden Zapfen, d. h. also der zwischen den Cutis-Papillen liegende Teil des Rete kurze konische Gebilde. Bei den Circumcidierten dagegen verlängern sich die Zapfen um das Doppelte und Dreifache, verzweigen sich und bilden drüsenähnliche, handschuhfingerförmige Gebilde. Diese Bildungen waren besonders ausgeprägt bei einem 70jährigen Manne, weniger entwickelt, obwohl vorhanden bei einem 7jährigen Knaben, noch weniger ausgesprochen bei einem 20jährigen Jüngling. Den Zweck dieser Ausstülpungen des Rete macht die Anwendung der Osmiumsäure verständlich. Dieselbe färbt die gesamte Zellmasse schwarz, weist also einen beträchtlichen Fettgehalt in ihr nach. Es ist daher in dieser Bildung vielleicht ein physiologisches Aquivalent für die Talgdrüsen zum Ersatz der durch die Circumcision vereitelten Fettbildung zu erblicken. Weitere Untersuchungen zur Bestätigung der Befunde sind erforderlich.

8. Herr Isaak: **Über eine centrale Affektion bei einem 1jährigen Kinde syphilitischer oder tuberkulöser Natur.**

Die 1jährige Patientin, gesund geboren, stammt von einem Vater, welcher vor

12 Jahren syphilitisch infiziert war. Die Mutter will nie schwerer erkrankt gewesen sein, leidet jedoch seit Jahren an heftigen Kopfschmerzen. 3 lebende Kinder litten in frühester Jugend an sogen. Skrophulose, ein Kind starb 1 Jahr 4 Monate alt an Zahnkrämpfen. Am 7. Oktober wurde von Herrn Dr. Reichenheim eine Lähmung des N. oculomotorius rechterseits, und zwar eine Lähmung des M. internus mit Ptosis, konstatiert. 2 Monate später bemerkte man dieselben Erscheinungen auf dem linken Auge, während rechts eine Besserung eingetreten war. Als das Kind zu dem Vortragenden im Januar gebracht wurde, konnte er folgendes konstatieren: Links Paresis und Ptosis; die linke Gesichtshälfte verzogen, demnach Lähmung des rechten Facialis; der linke Arm in Flexionsstellung mit Beeinträchtigung seiner Motilität, das Ellenbogengelenk geschwollen. Die Kondylen und der das ganze untere Drittel des Humerus stark angeschwollen; die Epiphysen der Ulna und des Radius an beiden Seiten verdickt und geschwollen. In gleicher Weise ist das linke Femur verändert, auch das rechte Talotarsalgelenk geschwollen. Die Motilität der linken Extremität ist im Gegensatz zu der der rechten beeinträchtigt. Auf dem Körper befinden sich zerstreut zahlreiche furunkulöse Abscesse. Inguinal- und Cervikaldrüsen sind deutlich geschwollen. Eine leichte Coryza, welche übrigens kurz nach der Geburt 3 Monate lang bestanden haben soll, besteht noch. Das Kind befand sich 4 Wochen lang aufser Beobachtung des Vortragenden, gestern hat er es wieder gesehen und gefunden, dafs die Lähmungserscheinungen von seiten der Augen sich genau umgekehrt verhalten, wie vor 4 Wochen. Jetzt besteht nämlich Ptosis und Parese rechts, ebenso ist rechts kein Pupillenreflex vorhanden; links ist die frühere leichte Ptosis und Parese zu bemerken. Bei der Frage nach der Diagnose ist wohl am nächsten an Syphilis zu denken, zudem die hereditäre Belastung aufser Frage steht, da der Vater vor 12 Jahren syphilitisch infiziert war. Wenngleich beim Vater sich keine syphilitischen Symptome nachweisen lassen, so schätzt Kassowitz dennoch die Möglichkeit der Vererbung auf 12—14 Jahre. Henoch hat einen Fall beobachtet, wo ein Vater 20 Jahre nach der Infektion ein syphilitisches Kind gezeugt hat. Fragen wir nun, welche Affektionen bei der hereditären Kinderlues überhaupt in Betracht kommen, so möchte Vortragender von den Hautaffektionen ganz absehen, da dieselben bekanntlich dieselben Bilder liefern, wie bei Syphilis der Erwachsenen. Doch sind die Knochenaffektionen anderer Natur. Nach Henoch kommen dieselben recht häufig, namentlich bei Recidiven, vor; es schwellen meistens die Enden des Humerus und der Röhrenknochen überhaupt an, ebenso die Phalangen der Finger, so dafs oft das Bild einer Osteomyelitis scrophulosa vorgetäuscht wird. Niemals sind jedoch die Zehen ergriffen. Henoch warnt jedoch davor, solche Epiphysenschwellungen immer für Syphilis zu halten, selbst wenn andere syphilitische Symptome vorhanden sind. In solchen Fällen sichert die Kur die Differentialdiagnose zwischen Rhachitis und Lues. Taylor ist der Ansicht, dafs Syphilis vorhanden ist, wenn die Knochenaffektionen einen plötzlichen Beginn zeigen, während Henoch die Ansicht vertritt, dafs zum Unterschied von Rhachitis die syphilitische Affektion sich nur auf einer Seite vorfindet. Von grofsem Interesse ist die erschwerte Beweglichkeit, ja oft die gänzliche Immobilität der Extremitäten bei hereditärer Syphilis. Bednar hat bei 68 hereditär belasteten Kindern die Parese der Arme 16 Mal, die der Beine 2 Mal notiert. Es mufs ausdrücklich betont werden, dafs Bednar sowohl, als Henoch diese Immobilität nicht als eine centrale Affektion auffassen, sondern als eine sog. Pseudoparalyse betrachten, und dafs solche nach Bednar auf myopathischen Veränderungen beruhen. Ganz zutreffend ist dies jedoch nicht, da Fälle beobachtet worden sind, wo eine Parese ohne andere Affektionen der Knochen oder Muskeln bestand. Fälle von cerebraler Lues bei Kindern sind von den meisten Autoren nicht beobachtet worden, und bei den von Henoch angeführten

Fällen beweist kein einziger, dafs das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen gewesen sei. Bei der Tuberkulose dagegen wird, wie bekannt, das Gehirn mit seinen Häuten mit Vorliebe affiziert; hier treten auch Lähmungen der Extremitäten auf, welche auf centralen Ursprung zurückzuführen sind. Was nun diesen obenerwähnten Fall anbetrifft, so möchte J. nach den angeführten Gründen Rhachitis von vornherein ausschliefsen, während vieles für die Diagnose Syphilis spricht. Man findet hier die obenerwähnte Pseudoparalyse der linken Extremität, die Anschwellung der Epiphysen; Coryza hat 3 Monate lang bestanden, und hereditäre Belastung ist ebenfalls vorhanden. Für Lues spricht ferner noch, dafs nach Kalomelpulvern und einer eingeleiteten Inunktionskur eine Besserung eingetreten zu sein scheint. Die Lähmungserscheinungen von seiten des M. palpebr. super., die Parese des Rectus internus, sowie des Ciliaris lassen auf eine Herderkrankung im Gehirn schliefsen, und zwar an der Hirnbasis im Bereiche des Pons varioli in gröfserem Umfange, da beide Nervi oculomotorii, sowie der rechte Facialis in Mitleidenschaft gezogen sind. Mit Bestimmtheit will Vortragender nicht entscheiden, ob der Prozefs tuberkulöser oder syphilitischer Natur sei.

Diskussion:

Herr Lewin: Was die Frage anbetrifft, wie lange nach der Infektion des Vaters ein Kind mit Syphilis noch geboren werden kann, hat Kassowitz zu beantworten versucht, und er stimmt mit demselben überein. Die Erkrankung der Epiphysen bei Kindern habe er schon im Jahre 1865 erwähnt und darauf aufmerksam gemacht; er habe dieselbe als Perichondritis gummosa gedeutet. In Bezug auf die Augenlähmung ist er der Ansicht, dafs dieselbe nicht immer centralen Ursprungs sei. Herr Hoffmann fragt den Herrn Vortragenden, wie sich die Temperaturen bei dem Kinde verhalten haben; denn sind fieberhafte Erscheinungen vorhanden gewesen, so wird man wohl an einen tuberkulösen Prozefs denken müssen. Die Tuberkulose verlaufe selten fieberfrei, während umgekehrt bei der Syphilis selten Fiebererscheinungen auftreten. Herr Lassar möchte über die Dauer der bisherigen Beobachtungszeit Aufschlufs haben.

Herr Isaac erwidert, dafs er bis jetzt nie Fiebererscheinungen beobachtet habe, der Ernährungszustand des Kindes sei vortrefflich. Die Beobachtung dauere seit dem 7. Oktober, und es sei eine Stabilität der Erscheinungen eingetreten. Therapeutisch sind 10 Inunktionen gemacht worden, jetzt hat das Kind Kalomel bekommen, doch ist kein Symptom zurückgegangen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

April-Zusammenkunft 1892.

3. Sitzung, 23. April.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Mitteilungen:

Bataille: **Syphiloide bei Kindern.** Es ist das eine der wichtigsten Fragen der Praxis, für die sich die Schule des Hôpital Saint-Louis seit Jacquets Veröffentlichung über die „Syphiloides postérosives" im Jahre 1888 auf das Lebhafteste interessiert. Man findet nämlich zuweilen auf dem Gesäfs und der Leistengegend kleiner Kinder deutliche, etwas papulöse Erosionen, die der papulo-erosiven Syphilis zum Verwechseln ähnlich sehen. Eine weitere Spur von Syphilis läfst sich aber auch bei sorgfältigster Untersuchung nicht entdecken, und der Verlauf spricht auch gegen Syphilis. In Wirklichkeit handelt es sich bald um unbedeutende Verletzungen, bald um Folliculitis oder um einzelne Erythem-Papeln, die leicht die Form von Syphiloiden annehmen. Jedoch verhält sich die Sache nicht so ganz einfach, da derartige Formen einesteils meist bei Kindern vorkommen, die, ohne selbst hereditär syphilitisch zu sein, doch

von syphilitischen Eltern abstammen, und diese Formen andernteils auch nicht immer auf die Gesäfs- und Leistengegend beschränkt bleiben, sondern sich über den ganzen Körper ausbreiten und die Diagnose dann natürlich erschweren. — JACQUET hat derartige, lokalisierte Ausschläge, die zur Unterscheidung von ähnlichen Formen als Typus SEVESTRE-JACQUET bezeichnet werden, bei Kindern beobachtet, die sicher von nichtsyphilitischen Eltern stammten. Im allgemeinen besteht der Ausschlag zuerst aus vesikulären Papeln und gedeiht um so besser, je kräftiger das Kind ist.

QUINQUAUD: Es giebt zahlreiche Varietäten dieses Ausschlags, von denen aber bis jetzt erst diejenige SEVESTRE-JACQUETS genügend erkannt ist.

In Bezug auf die Ammenfrage sind FOURNIER, BESNIER, QUINQUAUD, HALLOPEAU, BALZER der Ansicht, dafs man, wo in solchen Fällen Syphilis nicht bestimmt ausgeschlossen werden könne, das Kind vorsichtshalber lieber nicht solle von einer Amme nähren lassen. Bei Fällen nach dem Typus SEVESTRE-JACQUET dagegen wäre eine Ausnahme von dieser Regel wohl denkbar.

HALLOPEAU und BARIÉ zeigen einen sehr schönen Fall von **Mycosis fungoides**, der wegen seiner objektiven Symptome und der bakteriologischen Untersuchungen interessant ist.

1. Seit einiger Zeit haben die Ärzte des Hôpital Saint-Louis ihre Aufmerksamkeit besonders dem Stadium praemycosicum zugewandt. Erst jüngst hat BESNIER in einer sehr anregenden Arbeit (*Ann. de Derm.* 1892) gezeigt, wie verschiedenartig sich dieses Stadium gestalten kann. Man kann den Ausschlag in dieser Periode nicht nur mit einem typischen Ekzem, sondern auch mit einem Lichen planus oder Lichen simplex chronicus VIDAL-BROCQ verwechseln. Der HALLOPEAUsche Fall ist nach dieser Richtung hin von grofser Wichtigkeit, da er gleichzeitig einen oberflächlichen, an Ekzem erinnernden Ausschlag, Lichen oder Pityriasis pilaris und Geschwülste von teilweise ungeheurem Umfang aufweist.

Das aus nicht zerfallenen Geschwülsten entnommene Blut wurde von JEANSELME untersucht, der darin einen Mikrokokkus fand. Dieser Mikrokokkus färbte sich in GRAMscher Flüssigkeit. Denselben Befund hatte JEANSELME bei einem andern Kranken der Abteilung, der frei von jeder Ulzeration war. Ohne nun diesem Verhalten allzuviel Gewicht beizulegen, mufs man doch zugeben, dafs diese Übereinstimmung mit den Beobachtungen von RINDFLEISCH, HAMMER, HOCHSINGER und DELF, VIDAL und MARFAN, STELLWAGEN die Vermutung nahelegt, dafs es sich hier um einen spezifischen Mikroben handelt.

PHILIPPSON (Hamburg): **Über die Histologie der Mycosis fungoides.** (Die Abhandlung wird von BESNIER verlesen.) Ich kann mich hier auf die wesentlichsten Ergebnisse dieser interessanten Arbeit beschränken, da letztere den Lesern bekannt sein dürfte: 1. die Mycosis fungoides geht von den Bindegewebszellen aus, gehört demnach zu den Granulomen; 2. das ekzematiforme Stadium ist, anatomisch genommen, bereits der Beginn des Granuloms, die sogenannten ekzematösen Flecke sind ein ausgebreitetes Granulom; 3. die Untersuchung derartiger Flecke genügt in zweifelhaften Fällen, um die Diagnose sicher zu stellen, da der histologische Bau derselben äufserst charakteristisch ist.

DARIER bespricht einige Punkte der PHILIPPSONschen Arbeit. (Ich wiederhole hier nur das Wesentlichste von dem, was DARIER gesagt hat.) 1. Er freut sich, dafs die Anwesenheit der kleinen Zellennester in der Epidermis, wie er sie zuerst beschrieben hat und wie sie nach ihm auch L. WICKHAM gesehen, jetzt allgemein zugegeben wird, da auch PHILIPPSON sie gefunden hat. Sie sind von grofser Bedeutung, da es kaum möglich ist, in ihnen etwas anderes zu sehen, als Leukozyten, als Wanderzellen. Um sie für Bindegewebszellen anzusprechen, die durch Lücken (par

des fentes) mit dem Gewebe der Papillen in Verbindung stehen, müfste man schon annehmen, dafs sie durch Knospungen (bourgeonnement) der Papillen entstehen, indem die einzelnen Knospen (bourgeons) sich ablösen und bis in die Hornschicht gelangen! Indessen wird sich wohl niemand zu einer solchen Annahme verstehen.

2. Die zahlreichen Zellen, die man in den Geschwülsten findet, sind in ihrer überwiegenden Mehrheit Leukozyten. Wie sollte es auch möglich sein, dafs nur wenige Leukozyten vorhanden sind (bei einer grofsen Menge von Bindegewebszellen), da ja auch Philippson das gleichzeitige Vorkommen von roten Blutkörperchen zugiebt, und letzteres bekanntlich ohne eine beträchtliche Diapedese nicht statthaben kann?

3. Der Aufbau der Geschwülste aus weifsen Blutkörperchen erklärt die so häufige spontane Resorption der ersteren am leichtesten.

4. Die zahlreichen, von Philippson gefundenen Mitosen lassen wohl nur die eine Deutung zu, (wenn man für sicher annimmt, dafs die Leukozyten sich niemals derartig teilen können), dafs gleichzeitig mit der Auswanderung weifser Blutkörperchen noch eine Proliferation des vorhandenen Gewebes stattfindet.

5. Darier will hier nicht die ganzen Beweisgründe von Ranvier, von Gillot und Demange wiederholen, aber er erinnert an die Ansichten dieser Forscher über die Identität im Bau des Mykosisgewebes mit der Lymphadenitis cutanea, den Lymphadenomen und dem Drüsengewebe.

6. Endlich hält er das Verfahren, das fibrilläre, adenoide Gewebe mit dem Pinsel zu untersuchen, trotz allem, was man dagegen sagen kann, immer noch mit für das beste und einstweilen auch für wichtig.

Darier fafst schliefslich seine Ansicht dahin zusammen, dafs, so zahlreich und wertvoll auch das von Philippson beigebrachte Material ist, die Frage nach der Natur der vormykosischen Erscheinungen damit doch noch nicht endgültig erledigt, auch die Lehre von dem Zusammenhang der Leukozyten mit den Geschwülsten der Mycosis fungoides dadurch nicht erschüttert wird.

Ferros (Suchon): **Beitrag zum Studium der Alopecie.** F. weist darauf hin, dafs man bei Behandlung der Alopecie zu viel besseren Ergebnissen gelangt, wenn man mit der örtlichen auch eine allgemeine Behandlung verbindet, wie erregende Bäder und grofse ableitende Douchen, 60—62° heifs und 4—5 Minuten angewandt, oder, wenn sie vertragen werden, starke, halb kalte und halb heifse Brausen mit einem Schlufsstrahl von 8 bis höchstens 10°; letzterer darf nicht länger als 1—2 Minuten dauern. — Hardy, Besnier, Brocq, Feulard haben in diesem Sinne den Schwefel empfohlen. Ferros hat ihn seit 20 Jahren angewandt und häufig noch in hartnäckigen Fällen Erfolg damit erzielt, wo stärkere Mittel im Stich gelassen hatten. Er bedauert, dafs diese Verordnung so angesehener Ärzte nicht überall befolgt werde.

Balzer und Souplet: **46 Samenuntersuchungen im Verlauf doppelseitiger Orchitis.** Bei den 46 Fällen handelte es sich 43 mal um Orchitis duplex gonorrhoica, 3 mal um nichtgonorrhoische Orchitis. Die Fälle sind auf 3 Tafeln verteilt, von denen die eine die mindestens 6 Monate alten doppelseitigen Orchitiden umfafst, die zweite diejenigen Fälle, in denen die letzte Epididymitis mindestens 6 Monate zurückliegt, die dritte endlich die übrigen, verschiedenaltrigen Orchitiden. Die erste Tafel enthält 34 Fälle; in 31 derselben war die Samenuntersuchung negativ, in dreien positiv. Siebenmal war der Samen mit dem Beginn der doppelseitigen Hodenentzündung geschwunden.

Die zweite Tafel enthält acht Fälle mit sieben positiven Untersuchungen; darunter befanden sich zwei Hodenentzündungen mit Parotitis (ourliennes [oreillons]) bezw. traumatischen Ursprungs und eine dritte, deren Entstehungsursache zweifelhaft

blieb. Diese Ergebnisse liefern trotz ihrer kleinen Zahl eine verhältnismäßig günstige Statistik.

Die dritte Tafel enthält nur 4 negative Untersuchungen.

Das Bleiben oder das Verschwinden des Nebenhodenknotens hat für die Entscheidung der Frage nach dem Vorhandensein der Spermatozoen keinen Wert.

(Übersetzt von Dr. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anmerkungen und Zusätzen versehen,

von

Ernest Besnier und Adrien Doyon.

(2. franz. Ausgabe. Paris. G. Masson. 1891.)

Besprochen von Dr. L. Philippson.

(Schluß.)

Die Atrophien der Haut in Form von Streifen und Flecken werden eingeteilt in: 1. physiologische Furchen, welche sich um die Gelenke allmählich entwickeln, 2. in Furchen, welche durch direkte Traumen entstehen, 3. in solche, welche nach Überdehnung der Haut durch irgendwelche pathologische Veränderungen hervorgerufen werden, und 4. solche, die durch noch unbekannte Ursachen bedingt sind und nach Resorption von syphilitischen Papeln, Lepraknoten, nach Sklerodermie, angeboren oder erworben, über größere Hautpartien verbreitet beobachtet worden sind. Inwieweit alle diese Fälle anatomisch übereinstimmen, ist zur Zeit noch nicht zu entscheiden. — Lupus erythematosus ist in der Mannigfaltigkeit seiner klinischen Formen ausführlicher dargestellt, als es bisher in den Lehrbüchern üblich war, und ist damit entschieden nicht allein die Diagnostik der verschiedenen Arten, sondern des Lupus erythematosus überhaupt vervollständigt worden. Alle die verschiedenen klinischen Bilder, unter denen diese Krankheit erscheinen kann, lassen sich auf 2 anatomische Faktoren zurückführen: auf die Veränderungen an den Gefäßen und auf die an den epithelialen Anhängen der Oberhaut (Haar, Schweiß- und Talgdrüse). Je nach dem Vorwiegen des einen oder des anderen Faktors ist auch das Aussehen ein verschiedenes, so daß sich eine vaskuläre oder erythematöse Form und eine follikuläre und eine gemischte Form unterscheiden läßt. Die erythematöse Form besteht aus mehr oder weniger roten, unter Fingerdruck nicht ganz verschwindenden, hyperämischen, teleangiektatischen, manchmal hämorrhagischen Flecken, welche leicht erhaben, ödematös und eindrückbar sind. Diese Flecke sind punktförmig, nummulär, diffus, das Zentrum sinkt ein, exfoliiert und gewinnt wieder normales Aussehen und wird atrophisch, während der Rand fortschreitet. Ist das Epithel stärker beteiligt, so bilden sich isolierte, gruppierte, konfluierende Plaques mit rauher, trockener, von grauen festsitzenden Schuppen, die Fortsätze in die Follikel schicken, bedeckter Oberfläche. Diese follikuläre Form ohne sichtbare Beteiligung der Blutgefäße ist selten, dagegen ist die mit Erythem verbundene (gemischte) Form die häufigste, unter welcher der Lupus erythematosus

auftritt. Von der erythematösen Form werden 3 verschiedene klinische Arten unterschieden: 1. der einfache, 2. der exanthematische, 3. der Lupus pernio. Ad 1: Mit mehr oder weniger Symmetrie werden Gesicht, behaarter Kopf, Ohren von glatten, leicht erhabenen, glänzenden oder leicht schuppenden Plaques bedeckt, welche bei zentraler Abheilung peripher langsam fortschreiten. Ad 2: Hier ist die Symmetrie sehr ausgesprochen, trotz der gröfseren Zahl der Einzeleffloreszenzen; er hat subakuten Verlauf. Er entwickelt sich entweder nur am Kopfe oder breitet sich nachträglich über den Hals, den Handrücken, auf die Palma, seltener auf die ganzen oberen Extremitäten und die Brust aus. Hierher gehören Fälle bei sehr jungen Individuen, welche zu gewissen Jahreszeiten wiederholt von einem solchen exanthematischen Lupus befallen werden, der, ohne Narben zu veranlassen, wieder verschwindet. Ähnliche Beobachtungen sind auch bei Erwachsenen gemacht, bei denen der Verlauf ein subakuter, mit oder ohne Gelenkerkrankungen verbundener sein kann, oder wo derselbe akut ist und unter den Symptomen einer Infektionskrankheit verläuft. Der Lupus pernio beginnt gewöhnlich an den Ohren, lokalisiert sich dann auf dem Nasenrücken und auf dem Handrücken. An den Ohren und den Händen hat er das livide Aussehen von Erfrierungen, im Gesicht ist er anfänglich erythematös und führt nicht nur zur oberflächlichen Atrophie, sondern sogar zur zirkumskripten Nekrose. Die gewöhnlichste Form des Lupus, die im Zentrum die Epithelveränderungen und in der Peripherie die Gefäfsveränderungen zeigt, schliefst aufser gutartigen auch schwere Fälle ein, welche letztere durch die Lokalisation an den Schleimhäuten und durch Erkrankungen der Lunge und der Gelenke letal endigen können. Der Lupus der Schleimhäute differiert in seinem Äufseren etwas von dem der äufseren Haut: die Plaques sind mehr oval, manchmal unregelmäfsig, mehr oder weniger scharf begrenzt, ihr Zentrum ist etwas über die Umgebung erhaben, rot punktiert, ihr Rand wird durch einen feinen roten Saum gebildet. — Bekanntlich hat B. von jeher die Ansicht von der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus verteidigt, und auch jetzt fafst er alle die dafür sprechenden Thatsachen zusammen, ohne die aus den histologischen und experimentellen Untersuchungen zu folgernden Gegengründe, welche er selbst ausführlich mitteilt, zu vernachlässigen. Die Histologie, und darin müssen wir B. Recht geben, ist nicht im stande, über die Pathogenese irgend welche Aufschlüsse zu geben, und läfst sich die so auffällige Differenz in der Anatomie des L. erythematosus und vulgaris nicht zur Entscheidung der schwebenden Frage benutzen. Auch die negativen Resultate der Impfung, welche von Leloir mit L. erythematosus-Material an Tieren vorgenommen hat, berechtigen noch nicht dazu, das letzte Wort in dieser Frage zu sprechen. Es bleibt daher die klinische Beobachtung hier mafsgebend, welche die französischen Dermatologen, zum Teil wenigstens, zu der Ansicht von der tuberkulösen Natur dieser Krankheit geführt hat. Nach ihren Erfahrungen findet man in der Familie oder in der Umgebung der an dieser Krankheit Leidenden oft akute oder chronische Tuberkulose. Dafs bei alten Leuten der Lupus erythematosus nicht gefunden wird, erklärt sich nach B. und D. daraus, dafs die damit Behafteten eben kein hohes Alter erreichen, sondern früher oder später an allgemeiner Tuberkulose oder an Lungenphthise zu Grunde gehen, was bei ihnen noch in einem gröfseren Prozensatz als bei Lupus vulgaris-Kranken der Fall ist. Aufserdem finden B. und D. auch darin eine Stütze für ihre Ansicht, dafs es Fälle von L. erythematosus giebt, welche in akuter Form zur Tuberkulose innerer Organe und der Gelenke führen. Die Prognose bei dieser Krankheit wird von ihnen im allgemeinen nicht so günstig gestellt, wegen der tuberkulösen Natur derselben. Therapeutisch finden neben chemischen Mitteln, von welchen die Milchsäure auf dem behaarten Kopf und auf den Schleimhäuten besonders empfohlen wird, das Auskratzen für die

mit starken Epithelveränderungen verbundenen Fälle und Skarifikationen als Beginn der Behandlung stark vaskularisierter Plaques besondere Erwähnung. Skarifikationen werden auch nach der Kauterisation zum Blassermachen und zur Verschönerung der Narben empfohlen. — Wir schliefsen hier gleich den Lupus vulgaris an, welcher in einer 50 Seiten umfassenden Monographie von B. und D. abgehandelt wird. Wäre nicht die deutsche Litteratur durch die Übersetzung der Leloirschen Vorträge über Lupus (Diese Zeitschr. 1891, Bd. XII.) eines dringenden Bedürfnisses überhoben worden, so würde eine ausführliche Wiedergabe des Lupus-Kapitels in dem vorliegenden Werke sehr passend gewesen sein. Jetzt können wir uns aber auf die Hervorhebung einzelner wichtiger Punkte beschränken. Neben der gewöhnlichen Knötchenform, welche gewöhnlich regionär und mit chronischer Entwickelung auftritt, giebt es seltene Fälle, wo bei jungen Individuen in subakuter Weise über den ganzen Körper verbreitete, isolierte Knötchen entstehen. B. hat einen solchen Fall beschrieben als S. tuberculeux aigu, nodulaire, disséminé. Unter den ulzerösen oder tuberkulo-gummösen Formen von Lupus werden solche beschrieben, welche, durch eine Mischinfektion mit Staphylokokken, Ähnlichkeit mit anderen Affektionen gewinnen können: mit Impetigo, mit Rupia syphil. etc. Diese rupiaähnlichen Formen entwickeln sich entweder aus einem typischen Lupusknötchen oder treten als elastische Knoten auf, welche sich entzünden und langsam ulzerieren. Im Gesicht, am Halse, am Rumpfe oder an den Extremitäten treten sie vereinzelt oder zu mehreren auf. Im Zentrum tragen sie eine braune schwärzliche Kruste, der Rand ist erhaben und von einem roten Ring umgeben. Dem Äufseren der Einzeleffloreszenz nach besteht die gröfste Ähnlichkeit mit einem gummösen Syphilid und läfst sich die Differentialdiagnose nur nach anderen Momenten stellen. Ähnliche Formen kommen auch in gröfserer Ausdehnung vor; sie überziehen, indem sie serpiginös fortschreiten, Teile des Rückens, der Brust, der Hinterbacken und der Extremitäten. Die Ulzerationen sind von unregelmäfsiger Begrenzung, ihr Grund mit papillomatösen Wucherungen bedeckt. Sie heilen mit Hinterlassung einer lividen weichen oberflächlichen Narbe ab. Das tuberkulöse Ulcus wird in folgender Weise vom ulzerösen Lupus getrennt: es findet sich in der Nähe der Schleimhautöffnungen, mit oder ohne gleichzeitiges Vorhandensein von Ulzerationen der betreffenden Schleimhaut; vereinzelt oder zu mehreren, von unregelmäfsiger Form, von mehr oder weniger lividem Hof umgeben; weder im Zentrum noch am Rande besteht Vernarbung; der Grund ist blafs rot, ungleichmäfsig gewulstet, spontan schmerzhaft. Die mit diesen Geschwüren Behafteten sind stets Phthisiker. Die verruköse Form, welche eine verbreitetere ist, als nach der Beschreibung von Riehl zu vermuten ist, und welche auch im Gesichte beobachtet wird, kann mitten in gesunder Haut sich entwickeln und in dieser Weise lange bestehen bleiben, oder ihre Umgebung ist gerötet, livide, abschuppend. Bald sind es sehr kleine Gruppen von grauen, granulierten Erhabenheiten, bald mehr oder weniger ausgedehnte Plaques, mit freiem Zentrum und peripher gestellten warzenähnlichen Knötchen, bald warzenartige Scheiben auf gerötetem Grunde mit fortschreitendem Rande. Periodisch treten bei allen diesen Formen Reizungszustände auf, welche zu Nässen, Krustenbildung, Eiterung führen. Die kleinen miliären Eiterherde können klinisch so hervortreten, dafs das Bild von einer Folliculitis in Gruppen erzeugt werden kann. Im Anschlufs an diese ausführliche Besprechung der verschiedenen Formen des Lupus hätten wir gern auch eine eingehendere Darstellung der übrigen Formen der Hauttuberkulose gewünscht, als in den deutschen Lehrbüchern, insbesondere in dem von Kaposi, zu finden ist, und ganz besonders von den gommes scrofuleuses, deren Kenntnis noch verhältnismäfsig wenig verbreitet ist. — Auf die sehr ausführliche Beschreibung der Behandlungsmethoden müssen wir uns

versagen einzugehen; es sei nur hervorgehoben, daſs neben der liniären Skarifikation der galvanokaustischen Methode die schönsten Erfolge nachgerühmt werden, selbst bei poliklinischer Anwendung. — Mit Rücksicht auf das durch die Entdeckung neuer Lepraherde in Europa und durch die gröſserer Zahl von Leprösen, welche von auswärts hierher kommen, geweckte Interesse an dieser Krankheit verbreiten sich B. und D. ausführlich über die Semiologie und Diagnostik, sowie über die Prophylaxe und Kontagiosität. Lepride nennen sie, analog den Syphiliden, die verschiedenen Erscheinungsformen der Lepra auf der Haut und unterscheiden erythematöse, hyper- und achromatische Lepride, bullöse und nekrotisierende Lepride, kutane und subkutane Knoten-Lepride und deformierende und mutilierende Lepride. Die erythematöse Effloreszenzenform tritt sowohl im Beginne wie im Verlaufe der Lepra ohne oder mit Fieber auf und hat so wenig Spezifisches an sich, daſs sie mit anderen Erythemen, Roseolen, syphilitischer Roseola, selbst mit Masern verwechselt werden kann. Andere hyperämische Flecke wandeln sich sehr schnell in Pigmentflecke um, andere bilden Ringe, indem das Zentrum das Pigment verliert, und indem lokale Anästhesie sich entwickelt. Die so frühzeitig auftretenden Effloreszenzen würden durch die Sensibilitätsstörungen von groſsem, diagnostischem Werte sein, wenn letztere nicht von so verschiedengradiger Entwickelung wären. Dafür kommt hier aber der Nachweis der Bazillen zu seiner vollen Bedeutung. Alle diese Effloreszenzen treten hauptsächlich bei der Knotenlepra auf, während die Pigmentflecke besonders der Nervenlepra eigen sind. Im Beginne der Lepra können als erste Erscheinungen auch nach Danielssen und Boeck Blasen auftreten, sowie zirkumskripte Hautnekrosen. Die eigentliche Effloreszenz der Knotenform sind die besonders in den oberen Schichten sitzenden Knötchen, echte lepröse Neubildungen, zu denen nach der Ansicht von B. und D. eine groſse Zahl der sogenannten „Flecke“ zu rechnen sind, weil sie ebenfalls bereits den Beginn von Knoten vorstellen können. B. und D. machen darauf aufmerksam, daſs bei dem ersten Ausbruch von Knoten leicht an Erythema nodosum gedacht werden kann, was ebenfalls bei späteren im Verlauf der Lepra auftretenden Ausbrüchen nicht so leicht zu entscheiden ist. Was die trophoneurotischen Störungen der Lepra betrifft, so wird besonders auf die Differentialdiagnose gegenüber der Syringomyelie, welche in Lepraländern nicht zu vernachlässigen ist, hingewiesen. Den bakteriologischen Befunden bei Lepra schenken B. und D. eingehende Beachtung, wie sie ferner auf Grund eigener Forschung sich für die Kontagiosität der Krankheit entschieden aussprechen und dafür die historischen Belege zitieren. — Die Therapie wird ausführlich besprochen und das besonders von Vidal in Paris erprobte Chaulmograöl resp. das daraus gewonnene Prinzip, das acid. gynocardicum, lobend erwähnt. Auch die von Unna entwickelten Grundzüge der Behandlung finden eingehende Berücksichtigung.

Von den Bemerkungen zur Syphilis sei es gestattet, nur einige wegen ihrer praktischen Bedeutung wiederzugeben. Die Roseola lokalisiert sich mitunter an den Haarfollikelmündungen, sei es in allgemeiner Ausbreitung oder nur gruppenweise, so daſs sie mit dem miliären papulösen Syphilid Ähnlichkeit gewinnt und leicht verwechselt werden kann. Zu einem gleichen Irrtum kann die Roseola auch dann Veranlassung geben, wenn sie nicht einfach erythematös, sondern deutlich erhaben ist, eine Form, welche Fournier Roseola urticata nennt. — Die von Unna entwickelte Anschauung über die Beziehung zwischen Syphilis und seborrhoischem Ekzem wird von B. und D. im allgemeinen anerkannt, jedoch verweisen sie auf die Schwierigkeit, derartige Plaques mitunter von wuchernden und mit Krusten bedeckten breiten Kondylomen zu unterscheiden. — Die letzteren verdienten überhaupt genauer diagnostiziert zu werden, als es gewöhnlich der Fall ist. Die breiten Kondylome (Plaques syphilitiques) können sich von vornherein als solche entwickeln oder auf

einer schon bestehenden andersartigen Effloreszenz: Papel, Primäraffekt, Erosion etc. Sie können sich sehr kurze Zeit nach dem Schanker und in seiner unmittelbaren Umgebung entwickeln. Je nach der Kombination mit anderen Effloreszenzen, auf denen sie sich entwickeln, ist auch ihr klinisches Aussehen ein verschiedenes, bald papulo-krustös, bald papillomatös, bald annulär etc. Diese letztere Form kann zur Verwechselung mit tertiären Formen führen. — Der Begriff der Mischinfektion kommt ganz zur Geltung, und fassen die französischen Autoren die bei der Syphilis auftretenden Eiterungen als Folge der Invasion von eitererregenden Mikroorganismen auf, da „die Pustulation nicht in den normalen Verlauf der Syphilis gehört". Von neueren diesbezüglichen Arbeiten wird die von Unna und Tommasoli (*Dermat. Stud.* III. 1890) erwähnt, wo die Lehre von den tertiären Syphiliden von jenem Gesichtspunkte aus einer eingehenden Kritik unterzogen wird. — Bei der hereditären Syphilis wird auf eine Affektion aufmerksam gemacht, welche in Frankreich als Erythema vacciniforme syphiloides beschrieben wird. Diese nicht syphilitische Affektion kommt besonders bei kachektischen Kindern, aber auch bei anderen vor und tritt in Form von Erythemflecken, von vaccine-ähnlichen Bläschen und von Ecthyma auf und heilt nach Verlauf von einigen Wochen ab.

Das Kapitel Mycosis fungoides wird durch historische Daten und durch eingehende Berücksichtigung der gesamten Litteratur über diesen Gegenstand derart vervollständigt, dafs man über die Hauptfragen vollkommen orientiert wird. Wir erfahren, dafs B. die Theorie, welche seit Jahrzehnten in Frankreich und zum Teil auch im Auslande über die Natur der Krankheit herrschend gewesen ist, für unhaltbar erklärt und die Zusammengehörigkeit der Mycosis fungoides zur Lymphodermie leugnet. Desgleichen kann weder die parasitäre noch die sarkomatöse Natur derselben bewiesen werden, und weist B. nur auf die Schwierigkeiten hin, welche durch die Kenntnisse der Lymphodermia perniciosa Kaposi und der Hautsarkome in diese Streitfrage hineingetragen worden sind. Die Vielgestaltigkeit der Effloreszenzen in dem ersten Stadium der Mycosis, stadium eczematiforme, wird besonders hervorgehoben: flüchtige oder stabile Erythemflecke, verbunden mit stärkerem oder geringerem Jucken, allmähliche Verdickung der Haut an diesen Stellen und Bildung von derben Plaques, dies alles kompliziert durch die durch das Jucken bedingte Dermatitis. Dieses Stadium, welches bekanntlich bis 1 und 2 Jahre andauern kann, wurde im 1 Falle von B. 10 Jahre vor Auftreten der Tumoren beobachtet. Neben der häufigsten Form, welche durch das Auftreten der prämykotischen Erytheme gekennzeichnet ist, erkennen B. und D. noch die von Vidal und Brocq aufgestellte Form, bei welcher die Tumoren d'emblée auftreten, an. Letzteres jedoch in der von Kaposi modifizierten Weise, wonach auch ovale, leicht erhabene, verschieden grofse, urticaria-ähnliche Effloreszenzen zuerst erscheinen, aus denen sich nach Monaten und Jahren erst die wahren Tumoren entwickeln. Zur Illustration werden einige der Krankengeschichten aus der Arbeit von Brocq und Vidal über diesen Gegenstand mitgeteilt, welche jedoch heutzutage (die Arbeit stammt aus dem Jahre 1885) nach der genaueren Kenntnis der Hautsarkome und der infektiösen Geschwülste in diagnostischer Beziehung nicht einwurfsfrei sind, so dafs dieser Typus von Mycosis fungoides noch recht zweifelhaft in seiner Bedeutung ist.

Es werden 2 Hauptformen von oberflächlichen Epitheliomen unterschieden: eine, welche durch die Bildung von Epithelperlen, durch den chronischen Verlauf, ihr serpiginöses Fortschreiten mit zentraler Vernarbung charakteristisch ist, das épithéliome perlé und zweitens das multiforme Epitheliom, welches im Beginne ein sehr verschiedenartiges Aussehen haben kann: das einer einfachen Hyperkeratose, einer Psoriasisplaque, einer Ekzemplaque, einer warzigen Bildung, einer akneartigen Bildung etc.

Was die erste Form anbetrifft, so bestreiten die französischen Autoren die Berechtigung besonders englischer Autoren, darin eine besondere Art von Epitheliom (rodent ulcer) zu sehen, indem sie auf das Vorkommen gleicher klinischer Eigenschaften auch bei anderen Epitheliomformen hinweisen. Dem aus einem ekzemähnlichen Vorstadium hervorgehenden Epitheliom der Brustwarze (Paget's disease of the nipple) wird mit Zugrundelegung der gesamten Litteratur ein Kapitel gewidmet, das kurz wiedergegeben werden möge. Die Krankheit beginnt an der Brustwarze in Form von Hornansammlung in den Lakunen und unter mehr oder weniger subjektiven Beschwerden. Allmählich wird die Warze induriert, es bilden sich Rhagaden, kleine Ulzerationen und narbige Schrumpfung. Der Verlauf ist ein chronischer und beläuft sich auf Monate und Jahre. In manchen Fällen bleibt der Prozefs auf die Warze beschränkt, oder es schliefst sich unmittelbar daran ein Krebs des Drüsengewebes an, oder es bleibt der Prozefs oberflächlich und setzt sich auf den Warzenhof und die Brusthaut fort in Form von mehr oder weniger roten Plaques, welche teils schuppen, teils nässen, von figurierter Form sind und leicht erhabene Ränder haben. Die ätiologische Seite dieser Krankheit hat durch die Deutung histologischer Befunde als Coccidien ein erhöhtes Interesse gewonnen, doch ist bis jetzt noch keine Einigung über diese Frage erzielt worden.

Im Anschlufs an das Epitheliom werden die als Leukoplasie, Leukoplakie, Psoriasis lingualis etc. beschriebenen Affektionen der Schleimhaut einer eingehenden historischen und klinischen Betrachtung gewürdigt. B. fafst diese Affektionen unter dem Namen Leukokeratosen zusammen, welchen Ursprungs dieselben auch immer sein mögen. Entgegen den Ansichten anderer Autoren hält er keine der beschriebenen Formen für ätiologisch einheitlich. Weder die Lokalisation, noch die Art der Abschuppung, noch die Beteiligung der Cutis an dem Krankheitsprozefs sind so charakteristisch, dafs man aus der Leukokeratose allein die Natur der Affektion diagnostizieren könnte. Weit entfernt, die Lokalisation an der Mundschleimhaut als charakteristisch für den syphilitischen Ursprung zu halten, erkennt er Leukokeratosen gleichen klinischen Aussehens als herrührend vom Einfluss schlechter Zähne, Tabak etc. an. Was insbesondere das Verhältnis dieser Affektionen zum Epitheliom betrifft, so betont er, dafs erst dann der Verdacht auf die Entwickelung desselben berechtigt ist, wenn die Cutis infiltriert ist, und wenn die Zungenoberfläche papillomatös gewuchert ist; früher jedoch kann man gutartige Formen nicht von bösartigen unterscheiden.

Beim Xanthom werden alle Aktenstücke kritisch gesichtet, welche auf die Beziehung dieser Krankheit zum Ikterus und zum Diabetes Bezug haben. B. und D. erkennen eine echte Xanthodermie ohne Ikterus an und haben selbst in einem Falle das Auftreten eines Ikterus, welchem Anfälle von Gallensteinkoliken folgten, an der Verfärbung der Konjunktiven beobachten können. Auch für die engen Beziehungen des Xanthoms zum Diabetes sprechen sich die Autoren auf Grund eigener und fremder Beobachtungen entschieden aus. Und zwar betonen sie die Identität des im Verein mit Diabetes auftretenden Xanthoms und des gewöhnlichen Xanthoms, trotz mancher Differenzen im klinischen Verhalten. — Das bekanntlich von Besnier in die Dermatologie eingeführte Krankheitsbild der Dermatomyome wird durch die vorliegenden Publikationen über diesen Gegenstand vervollständigt. Linsen- bis erbsengrofse, rote oder hautfarbene Geschwülste, welche sich langsam entwickeln, anfangs indolent, später druckempfindlich sind und gewöhnlich multipel auftreten. Im ganzen sind bis jetzt 6 Fälle veröffentlicht. — In betreff der Naevi wird hervorgehoben, dafs dieselben nicht gleich bei der Geburt sichtbar zu sein brauchen, sondern dafs sie erst im späteren Leben durch fortschreitendes Wachstum an die Oberfläche der Haut treten können, so dafs sie dann als andersartige Bildungen imponieren können. — Das

Kapitel der Lymphangiome wird auf Grund zahlreicher neuerer Arbeiten gründlich revidiert und, wenn auch in einzelnen Punkten angreifbar, doch im grofsen und ganzen auf festen anatomischen Grundanschauungen aufgebaut. Beim Rhinosklerom wird die interessante Bemerkung gemacht, dafs diese Krankheit in Paris nicht vorkommt, sondern dafs die dort beobachteten Fälle aus dem Auslande oder aus überseeischen Ländern stammen. — Die Verfasser entwerfen ein ausführliches Bild der Pityriasis rosée de Gibert, welche bekanntlich in der Wiener Schule als Herpes tonsurans maculosus trotz des mangelnden Nachweises der klinischen und ätiologischen Zusammengehörigkeit bezeichnet wird. Die Primäreffloreszenz ist ein etwa nagelgrofser erythematöser, leicht erhabener Fleck, welcher sehr schnell im Zentrum eine Abschuppung zeigt. Dieselbe breitet sich allmählich peripher aus und bildet um das Zentrum einen Kranz feiner Schüppchen. Der Verlauf ist ein ganz typischer: die Krankheit breitet sich von oben nach unten aus, und zwar in Schüben, so dafs die ganze Affektion 2 Wochen bis 2 Monate dauert, um von selbst abzuheilen. Durch Brocq ist die Aufmerksamkeit auf die Thatsache gelenkt worden, dafs bei ausgebreiteten Fällen vielfach eine besonders grofse Plaque aufzufinden ist, welche schon längere Zeit vor der Allgemeineruption bestanden hat: diese Plaque bildet gleichsam den Herd, von welchem sich die Krankheit über die Körperoberfläche ausbreitet. — Das Erythrasma, welches bekanntlich in Frankreich sehr gründlich studiert ist, erfährt eine ausführliche klinische und ätiologische Darstellung, aus welcher nur hervorgehoben werden soll, dafs die Oberfläche sowohl im Zentrum wie an der Peripherie meistens als gleichmäfsig gefärbt gefunden wird. — Das Eczema marginatum wird nicht als einheitliche Krankheit anerkannt, sondern betont, dafs es nur eine Erscheinungsform von durch Trichophyton, Pityriasis versicolor und andere Pilze bedingte Krankheit ist, welche von der Lokalisation derselben abhängig ist.

Die Vererbung der Syphilis, von A. Fournier, bearbeitet von Dr. Ernest Finger. (Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1892.) Ein Werk über die Vererbung der Syphilis, das von Fournier geschrieben, von Finger übersetzt und mit seinen eigenen Ansichten gespickt ist, kann wohl für jeden Syphilidologen wie für jeden praktischen Arzt als ein litterarisches Erzeugnis ersten Ranges gelten. Besonders mufs die Notwendigkeit der Lektüre dieses Werkes auch den Familienärzten dringend ans Herz gelegt werden; denn, wie Fournier betont und Caspary wiederholt hervorgehoben hat, sind es die Familienärzte, die bei der Frage der Vererbung der Syphilis besonders kompetent sind. So manches Rätsel derselben — und gar viele bleiben auch trotz dieses Werkes ungelöst — können nur Familienärzte lösen, gar manchen Streitpunkt können nur diese schlichten, weil nur die Beobachtung von Familien durch ein Menschenalter hindurch das Material dazu liefert. Der Umstand, dafs Fournier, wie aus seinen Ausführungen hervorgeht, seine Patienten oft durch mehrere Jahrzehnte zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, giebt seinen Ansichten das doppelte Gewicht. — Das Buch ist stellenweise etwas langatmig, die Fülle von vorgeführten Beispielen läfst den Leser aber diese Langatmigkeit wenig empfinden. — Es läfst sich der Inhalt eines solchen Werkes natürlich nicht im Rahmen eines Referates wiedergeben; ich will jedoch im folgenden wenigstens versuchen, die Grundzüge desselben zu zeichnen, wobei ich die eingeflochtenen Ausführungen von Finger in Klammer setze.

Unter vererbter Syphilis wird nur diejenige Syphilis der Kinder verstanden, die dieselben im Momente der Zeugung von den Eltern empfangen; dieselbe ist streng zu scheiden von der nach der Zeugung auf das Kind durch „intrauterine Infektion“ übertragenen. — An die Möglichkeit der Vererbung zweifelt heute wohl kein Mensch mehr.

Erscheinungen: Die vererbte Syphilis kann sich geltend machen durch 1) eigentlich syphilitische Erkrankungsformen, die auftreten können in utero (fötale Syphilis); in den ersten Wochen und Monaten oder in späteren Jahren (Syphilis hereditaria tarda; 2) fötale Kachexie; 3) allgemeine pathologische Ernährungsstörungen: Zurückbleiben im Wachstum und in der Entwickelung (Infantilismus), Geistesschwäche und ähnliches; 4) kongenitale Mifsbildungen: Klumpfufs, Mikrocephalie, Hydrocephalie; 5) Prädisposition zu anderen Erkrankungen: Meningitis, Eklampsie, Rhachitis, Skrophulose und Tuberkulose.

(Finger: Die Ernährungsstörungen bei hereditärer Syphilis sind bedingt durch Wirkung der Stoffwechselprodukte des syphilitischen Virus, die im Kinde gebildet oder ihm durch die Placenta zugeführt werden, oder durch eine Depravation des Sperma des durch die Lues geschwächten Vaters, entsprechend der Einwirkung des Alkoholismus auf die Fortpflanzung.)

Abstammung der ererbten Syphilis: Dafs es eine Vererbung giebt bei Erkrankung beider Eltern, darüber herrscht Einstimmigkeit. Für den Beweis, der mütterlichen Vererbung mufs der Mann gesund, die Frau syphilitisch sein und darf nicht vorher schon von einem syphilitischen Manne geschwängert sein. Solche Beweise werden angeführt. Die mütterliche Vererbung ist die schwerste Form der Syphilis hereditaria. Die väterliche Vererbung ist am meisten bestritten, weil: 1) ein auffallendes Mifsverhältnis zwischen der Zahl der syphilitischen Ehemänner und der syphilitischen Nachkommen besteht; 2) weil syphilitische Männer, die gesunde Frauen heiraten, gesunde Kinder zeugen können; 3) das Sperma der Syphilis keine positiven Impfresultate giebt, was Fournier auch bestätigt und auch dadurch illustriert, dafs der Mann, so lange er keine sezernierenden Läsionen hat, seiner Frau nicht gefährlich ist. Jedoch glaubt er, dafs zwischen den Vorgängen bei Impfung und bei Schwängerung keine Parallele zu ziehen ist. — Diesen Gründen gegenüber sprechen folgende gewichtigere für die väterliche Vererbung: 1) Kinder von syphilitischen Vätern und allem Anschein nach gesunden Müttern sind syphilitisch; 2) in Ehen, in welchen die Männer syphilitisch sind, besteht eine auffallende Neigung zu Frühgeburten; 3) die Behandlung des Vaters beeinflufst in günstiger Weise die Nachkommenschaft; 4) die gesunde Mutter wird durch den syphilitischen Fötus infiziert (Syphilis durch Konzeption).

Dabei ist aber zu bemerken, dafs in einem grofsen Teile der Fälle die Vererbung trotz bestehender Syphilis des Vaters, selbst in floriden Fällen, nicht erfolgt, und dafs andererseits die Vererbung seitens des Vaters sich viel seltener durch syphilitische Erscheinungen beim Kinde bemerkbar machen (in 18%), also durch Erscheinungen anderer Art: Abortus, Frühgeburt, Lebensschwäche etc. (in 81%).

(Finger: Die Virulenz des Sperma ist trotz der negativen Impfresultate nicht zu leugnen; Sperma, welches befruchtet und syphilitische Kinder erzeugt, kann sicher auch infizieren. Die Virulenz des Sperma ist aber nur eine fakultative und nur in der Minderzahl der Fälle vorhanden; meistens ist es frei von Virus, oder depraviert durch die Stoffwechselprodukte desselben.)

Bei Vergleich der verschiedenen Formen der Vererbung: der väterlichen, mütterlichen und gemischten, ergiebt sich, dafs die mütterliche schädlicher ist, als die väterliche, die gemischte schädlicher, als die von einem der beiden Eltern stammende. Nach Fourniers Statistik bewirkt:

	Schädlichkeit.	Sterblichkeit
rein väterliche Vererbung	37%	28%
„ mütterliche „	84%	69%
gemischte „	92%	68,5%

Es ist deshalb bei einem luetischen Ehepaare die Frau am energischsten zu behandeln.

(Finger erklärt die schlimmere Bedeutung der mütterlichen Vererbung durch den fortwährenden Übergang von Ptomainen aus dem mütterlichen Organismus auf den kindlichen.)

Mit der Zeit wird die Vererbbarkeit der Syphilis sehr abgeschwächt und kann schwinden; je älter die Syphilis, desto weniger gefährlich ist sie. Das Maximum der Häufigkeit der Vererbung fällt in die ersten drei Jahre, und zwar besonders in das erste Jahr nach der Infektion; später nimmt dieselbe in wenig gesetzmäfsiger Weise ab. (Finger: Die Giftigkeit der Stoffwechselprodukte nimmt mit dem Alter ab.)

Eine bestimmte Altersgrenze für die Vererbbarkeit giebt es nicht; es kommt sicher noch eine Vererbung im vorgerückten Alter der Syphilis, im tertiären Stadium, vor (Vererbung der Syphilis mit langer Frist), und zwar etwa in 10% der Fälle; sie äufsert sich ebenso, wie die syphilitische Vererbung überhaupt. Man kann von einer Vererbung der Syphilis mit langer Frist sprechen vom 6. Jahre post infectionem ab; sie endet wahrscheinlich immer spätestens im 15. Jahre.

Neben der Zeit schwächt die Behandlung die Vererbbarkeit der Syphilis bedeutend ab, so dafs man oft nach Graviditäten mit Behandlung gesunde, solchen ohne Behandlung syphilitische Kinder bei demselben Ehepaare erhält. Behandlung von langer Dauer drückt die väterliche Vererbung auf 3% herab. Zeit und Behandlung kombiniert bewirken, dafs ein syphilitischer Mann, der sich spät nach der Infektion und nach methodischer Behandlung verheiratet, mit seltenen Ausnahmen keine Gefahr für seine Nachkommen ist. Es gehören dazu wenigstens 3—4 Jahre. —

Ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Schwere der Syphilis und der Vererbungsfähigkeit ist nicht vorhanden. Eine gutartige Syphilis des Vaters garantiert nicht für gutartige Konsequenzen bei den Nachkommen und umgekehrt. — Es kann eine Vererbung nicht nur im floriden, sondern auch im latenten Stadium erfolgen; im floriden ist sie natürlich auf dem Höhepunkt. —

Syphilis durch Schwängerung (konzeptionelle Syphilis) ist zweifellos vorhanden; es giebt Frauen, die Sekundärerscheinungen zeigen ohne Primäraffekt, deren syphilitische Männer keinerlei infektionsfähige Erscheinungen zeigen; solche Frauen sind aber immer gravidae oder waren es vor kurzem, und das unter diesen Verhältnissen geborene Kind ist immer syphilitisch. Die Syphilis dieser Frauen ist vom Kinde auf plazentarem Wege übertragen. In gleicher Weise kann eine während der Gravidität der Mutter erworbene Syphilis auf das Kind übergehen und auch gleich Sekundärerscheinungen machen. Die konzeptionelle Syphilis tritt meist auf im 2. bis 4. Monate der Gravidität; es fehlen ihr die Primäraffektionen; ihr Ausbruch geht meist mit starken Kopfschmerzen einher; es kommt ihr häufig ein maligner Charakter zu.

Die konzeptionelle Syphilis ist häufig, viel häufiger, als man glaubt, da die Fehlgeburten, wenn sie sehr früh auftreten, leicht übersehen werden. Sie wird aber oft als solche nicht erkannt, weil sie häufig latent ist: Immunität der Mutter gegen die Infektion von ihrem, von väterlicher Seite hereditär syphilitischen Kinde. (Gesetz von Colles, richtiger nach Fournier von Beaumès.)

(Finger: Ein Teil der Fälle von konzeptioneller Syphilis, nicht alle, kann erklärt werden durch spermatische Infektion.) — Dieses Gesetz ist nur zu erklären dadurch, dafs die Mutter schon syphilitisch ist, wie die negativen Impfresultate von Caspary und Neumann

beweisen. — (Finger führt noch drei von ihm ausgeführte Impfungen auf. Der Schluſs daſs diese Mütter syphilitisch sind, ist unrichtig, weil infiziert und immun nicht dasselbe ist; ein Mensch, der vor 10 Jahren Variola gehabt hat, ist gegen eine neue Infektion immun, aber deshalb nicht variolakrank.) Wir sind gezwungen, eine latente Syphilis (wie „platonische") anzunehmen, über die Dauer der Latenz ist nichts bestimmtes zu sagen. Treten nach Jahren bei solchen Frauen Spätformen von Syphilis auf, dann könnte man von einer konzeptionellen tardiven Syphilis sprechen, analog der hereditären tardiven Syphilis. Hypothetisch ist zu vermuten, daſs in diesen Fällen von latenter konzeptioneller Syphilis durch wiederholte Infektion mit kleinen Dosen eine abgeschwächte Syphilis hervorgerufen ist, die aber genügend ist, um gegen die Impfung refraktär zu machen. Vielleicht würde das Blut solcher latent konzeptionell syphilitischen Frauen für die Syphilis das sein, was für die Variola die Vaccine ist.

(Finger: Diese Frauen sind nie syphilitisch, sondern nur immunisiert durch die Stoffwechselprodukte des syphilitischen Kindes, auf welche auch bei der gewöhnlichen Syphilis mancherlei Ernährungsstörungen, Seborrhoe etc. zurückzuführen sind. Die Mutter kann also durch die Placenta hindurch infiziert werden (konzeptionelle Syphilis, Choc en retour), oder sie wird, wenn die Placenta für corpusculäre Elemente nicht durchgängig ist, immunisiert (latent konzeptionelle Syphilis). Treten in solchen Fällen später tertiäre Erscheinungen hervor, so ist das eben wie bei allen tertiären Erscheinungen auf eine Wirkung stark giftiger Stoffwechselprodukte zurückzuführen. Wo diese fehlen, die Kinder durch Depravation des Sperma nicht syphilitisch, sondern nur kachektisch werden, da kommt es auch zu keiner Immunität der Mütter. — Als Analogon ist die Immunität gesunder Kinder syphilitischer Eltern gegen das Syphilisgift zu betrachten.)

Die Möglichkeit, daſs Mütter syphilitischer Kinder auch frei hervorgehen, ist nicht ganz abzuleugnen; es giebt ein halbes Dutzend Fälle in der Litteratur, die für dieselbe herangezogen werden können; diese können aber nicht das praktische Prinzip umstoſsen, syphilitische Kinder nur durch die eigene Mutter nähren zu lassen, welche dabei keine Gefahr läuft. — Ausnahmen von allen bisher aufgestellten Regeln kommen vor: Die Abschwächung durch Zeit und Behandlung kann ausbleiben; die Intensität der Vererbung kann in seltenen Fällen trotz Zeit, trotz Behandlung zunehmen. Überhaupt verhalten sich verschiedene syphilitische Individuen gegenüber der Vererbung verschieden. Ungeheilte Syphilitische können gesunde Kinder zeugen, es können alternierend bald gesunde, bald kranke Kinder geboren werden. Von Zwillingen kann ein Kind gesund, das andere syphilitisch sein. (Finger: Wenn man bedenkt, daſs zur Vererbung nötig ist: syphilitisches Sperma oder syphilitisches Ovulum, oder Passage durch die Placenta, so werden diese Ausnahmen verständlich, zumal ja die Verteilung des Virus im Körper nicht immer eine gleichmäſsige ist.)

Prognose der ererbten Syphilis: Die Vererbungsfähigkeit der Syphilis ist die schlimmste Eigenschaft derselben, die Mortalität durch vererbte Syphilis ist erheblich höher als diejenige der schwersten Lokalisation der gewöhnlichen Syphilis, derjenigen im Gehirn. Die Gefahr der Vererbung in einer infizierten Ehe beträgt mehr als 50%; die Häufigkeit der unglücklich endenden Graviditäten 46%, die Mortalität der Kinder 42% (von 100 Schwangerschaften enden 42 mit dem Tode des Kindes durch Syphilis allein). In der Privatpraxis stellen sich die Zahlen günstiger, als die oben der Hospitalpraxis entnommenen. Berücksichtigt man noch die Polymortalität in derselben Familie, so muſs man die Vererbungsfähigkeit der Syphilis als eine der schwersten Geiſseln der Menschheit ansehen. Eine Vererbung in zweiter Generation hält Fournier für theoretisch möglich; klinisch erwiesen ist sie noch nicht. —

Die Prognose ist für die Kinder immer vorsichtig zu stellen, im übrigen aber der Einfluſs von Zeit und Behandlung dabei hauptsächlich zu berücksichtigen.

Prophylaxe und Behandlung: Vor der Verehelichung muſs man energisch behandeln, aufklären über die Folgen der Verehelichung und die Ehe verbieten, bis eine bestimmtere Garantie für die Unschädlichkeit gegeben ist. Nach der Verehelichung: aufklären, energisch behandeln und streng warnen vor dem Eintritt einer Gravidität. Während der Schwangerschaft: Wenn die Mutter syphilitisch ist, energisch behandeln; zeigt die Mutter keinerlei Zeichen von Syphilis, dann muſs individualisiert werden; im allgemeinen ist aber eine Intervention angebracht. Die Behandlung der Mutter ist immer einzuleiten, wenn schon unglücklich verlaufene Graviditäten vorhergegangen sind. Ist es aber die erste Schwangerschaft, zeigt die Frau keine syphilitischen Erscheinungen, dann ist das Alter der Syphilis, der Charakter derselben, die Art der stattgehabten Behandlung für die Entscheidung maſsgebend; bei junger Syphilis und mangelhafter Behandlung ist ein Eingreifen nötig. Im allgemeinen ist Fournier stets mehr für ein aktives Vorgehen und für eine Aufklärung der Frau, wenn der Mann es nicht verbietet. —

Betreffs der Ernährung des Kindes ist der oben ausgesprochene Satz festzuhalten, daſs die Mutter das Kind selbst nähren muſs, wenigstens einige Monate, bis man über die Gesundheit des Kindes unterrichtet ist.

Nach der Geburt kann das Kind, selbst wenn es kein Zeichen von Syphilis zeigt, nicht als bestimmt gesund bezeichnet werden, weil es eine Syphilis hereditaria tarda giebt, die mit schweren tertiären Erscheinungen einhergeht. Behandeln kann man das Kind deswegen natürlich nicht. Ist das Kind syphilitisch, dann muſs man das Kind und die Eltern behandeln und weiteren Graviditäten bis auf weiteres vorbeugen.

Betreffs der Erscheinungen der hereditären Syphilis betont Fournier, daſs dieselbe sich häufiger in visceralen Erscheinungen äuſsert, oft sogar nur in diesen; sie bieten oft nichts charakteristisches. Bei einer ererbten Syphilis suspekter Kinder genügt ein rascher, unmotivierter Verfall als Indikation für eine aktuelle Therapie. Diese muſs ebenso eine protrahierte sein, wie beim Erwachsenen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte, von Hammond, übersetzt von Salinger (Berlin, Hugo Steinitz, 1892, 2. Tausend.) Dem Buche Hammonds, das in guter Übersetzung vor uns liegt, empfehlende Zeilen zu schreiben, dürfte beinahe überflüssig erscheinen. Es fehlte an einer monographischen Arbeit über die Impotenz, und nun hat H. in diesem Buche, wie Mendel in der Vorrede dazu hervorhebt, diesen Gegenstand streng wissenschaftlich behandelt und durch eine Fülle eigener Beobachtungen in lebendiger Weise illustriert. H. teilt besonders eingehend seine therapeutischen Maſsnahmen und Erfolge mit, und somit wird die Arbeit auch beitragen, das ärztliche Können zu erhöhen, was um so mehr dankenswert ist, als die Impotenz manchem Menschen mehr trübe Stunden bereitet, als irgend eine andere Krankheit. Verfasser hat auch das Leiden beim weiblichen Geschlecht einer Betrachtung unterworfen; beim Manne kann Impotenz bedingt sein durch Fehlen des Geschlechtstriebes, angeboren oder infolge von Excessen; ferner durch Unmöglichkeit der Erektion und Immissio penis. Dies Kapitel umfaſst bei weitem die häufigsten Fälle, bedingt durch Ausschweifungen, durch Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, durch Alkoholika und gewisse Medikamente etc. etc. Hierher gehört die partielle Impotenz, bei der es zu Ejakulation und Orgasmus entweder kurz vor der Immissio penis oder gleich nachher kommt; gerade diese liefert ein groſses Kontingent an Kranken, und ist häufig Ursache von hypochondrischer Gemütsstimmung. Die Unmöglichkeit, Samen in die Scheide zu entleeren, ist bedingt

durch Fehlen (oder Mifsbildungen) des Penis, der Hoden oder überhaupt durch abnorme Körperbildung. Endlich kann das Wollustgefühl während der Kopulation ausbleiben, meist infolge von Unempfindlichkeit der Eichel, öfters auch infolge aufserordentlicher Enge der Vorhaut, wo dann die Zirkumzision heilend wirkt. Beim Weibe kann der Geschlechtstrieb fehlen, oder das Wollustgefühl bleibt aus; auch physische Unmöglichkeit der Immissio penis kommt vor; hierbei ist vor allem der Vaginismus zu nennen, schon deshalb, weil die Prognose, was die Heilung anbelangt, durchaus günstig ist. *F. Hahn-Bremen.*

Die Krankheiten des Hundes und ihre Behandlung, von Georg Müller. (Berlin, Paul Parey, 1892.) Die Hautkrankheiten des Hundes und ihre Behandlung werden in dem vorliegenden Werk mit grofser Sachkenntnis und unter Berücksichtigung aller Ergebnisse der Neuzeit abgehandelt. In therapeutischer Beziehung kann man manches daraus lernen. Von Einzelheiten sei folgendes hier erwähnt: Urticaria hat M. nur in 3 Fällen beobachtet; sie schwand schnell nach einem Abführmittel. — Der Acarus folliculorum bewirkt durch seine Ansiedelung in den Haarfollikeln und den Talgdrüsen Aknepusteln, besonders an Kopf, Kehle, Hals. — Von pflanzlichen Schmarotzern sind nur beobachtet Achorion Schönleinii und Trichophyton tonsurans. — Vom Favus behauptet M., dafs er leicht zu heilen sei durch Entfernung der Scheiben und täglich mehrmaliges Auftragen von pilztötenden Mitteln, besonders Jodtinktur, 10% Kreosotlösung, 1—2% Sublimatspiritus, 10% Salicylspiritus, Teer etc. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Beiträge zur vergleichenden Pathologie der Entzündung, von Metschnikoff. (*Virchow-Festschrift*, Bd. II.) Verfasser stellt auf Grund von vergleichenden Untersuchungen, die er an einzelligen und wirbellosen Lebewesen gemacht hat, als erstes Stadium der Entzündung (Reaktion auf Einführung von Fremdkörpern oder Verletzungen) die Ansammlung von Phagocyten hin. Bei Wirbeltieren, z. B. bei Axolotlarven, erfolgt die phagocytäre Reaktion ausschliefslich durch Ansammlung der wandernden Bindegewebszellen um die lädierte Stelle.

Die exsudative Entzündung ist als ein Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserrreger aufzufassen, welche mit dem Kampfe zweier niederer Organismen am ehesten zu vergleichen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Kern- und Zellteilung während der Entzündung und Regeneration, von C. J. Eberth. (*Virchow-Festschrift*, Bd. II.) Verfasser teilt seine neuen Untersuchungen über Kern- und Zellteilung mit, die er an der Cornea von Kalt- und Warmblütern angestellt hat. Mitosen fand er nach Entfernung des Epithels in wechselnder Menge. Öfter fand er bei der Regeneration in der Nähe des Defektrandes eigentümliche Körper von der Gröfse eines Kernkörperchens, in einer Art Vacuole liegend, von grofsem Chromatingehalt. In den ersten Tagen nach Entfernung des Epithels besteht der Defektrand fast nur aus mehrkernigen Epithelien, daneben protoplasmareiche Riesenzellen mit 20—30 und mehr Kernen. Mitosen von Leukocyten fand er nicht, so dafs er für diese eine direkte Kernzerschnürung annimmt, obgleich er den Beweis

nicht erbringen kann. Das Hornhautprotoplasma breitet sich in der Regeneration unter Zunahme seiner Substanz beim Frosch flächenartig aus, während bei der Taube eine Zunahme nach allen 3 Richtungen stattfindet. Ist die Regeneration in Fluſs gekommen, so sieht man Abkommen der mitotisch sich teilenden Hornhautkörper in den Ätzbezirk überteten, durch aktive Wanderung. Diese Keimzellen liefern das Ersatzmaterial für die zerstörten Hornhautkörper. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Vorkommen von Pflasterepithel in Cylinderepithel tragenden Schleimhäuten, von MAX DERBE. (Inaug.-Dissertation. Königsberg i. Pr. 1892.) Durch anderweitige Untersuchungen ist es erwiesen, daſs pathologische Epithelien, welche dem Meso- und Entoderm entstammen, eine epidermoidale Beschaffenheit annehmen können; Vorgänge an der Mundschleimhaut, in der Nase, in der Pars cavernosa urethrae, an der Vaginal- und Urethralschleimhaut, Larynx und Trachea zeigen es zweifellos. Physiologisch glaubte man es nicht annehmen zu können, bis HEYCROFT und CARLIER zeigten, daſs bei erwachsenen Katzen an einem bestimmten dorsalben Bezirk der Trachea, deren Schleimhaut da durch Übereinandergreifen der Knorpel eine Falte bildet, geschichtetes, verhorntes Pflasterepithel vorkomme; und zwar entstehe dieses durch Reibung. Verfasser wiederholte diese Untersuchung und konnte zunächst bei Katzen und Mardern das Vorhandensein der genannten Falte bestätigen. An Schnitten fand er dann auch bei zwei alten Katzen deutlich geschichtetes Pflasterepithel an zwei Stellen, die einander gegenüberliegen: an der dorsalen Fläche der Falte und der entgegengesetzten Seite, nicht aber, wie H. und C. meinten, auf der Höhe der Falte. Die Stellen waren scharf begrenzt, ein Übergangsepithel am Rande, wie H. und C. es beschrieben, fand Verfasser nicht, ebenso wie er auch nach Lage der Stellen nicht glaubt, Reibung als Ursache annehmen zu können. Er vermutet, es könnte sich um vom Rachen aus fortschreitende Verhornung handeln, wie sie für die Schleimhaut zwischen den Aryknorpeln von RHEINES nachgewiesen ist.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Klinisch-hämatologische Mitteilungen, von E. NEUSSER. (*Wiener med. Doktoren-Kollegium*, 14. Dez. 1891.) Der Befund von eosinophilen Zellen bei der zur Leukämie zählenden Lymphodermia perniciosa führte N. zu dem Schlusse, daſs dieselben nicht nur im Knochenmark, sondern auch in der Haut gebildet werden müssen. Es ist nämlich gerade die myelogene Leukämie charakterisiert durch das Vorkommen eosinophiler Zellen neben kernhaltigen, roten Blutkörperchen und Myelozyten (mononukleären Leukozyten mit neutrophilen Körnern). Die Untersuchung ergab nun in der That in der Haut eosinophile Zellen ohne die anderen eben genannten Zellelemente. Die eosinophilen Zellen fanden sich in der Haut wie im Blute vermehrt bei einem Eczema papulosum und bei Pemphigus. Bei einem Falle von tödlich verlaufenem Pemphigus konnte Verfasser zeigen, daſs trotz hochgradiger Eosinophilie im Blute das Knochenmark keine eosinophile Zellen zeigte. Bei allen Formen der Pellagra fanden sich dieselben, auch wenn dieselbe unter dem Bilde der Psychosen, Tetanie, Gastroenteritis darstellte. Da nun Eosinophilie auch bei vielen Fällen von funktionellen Erkrankungen des Centralnervensystems (Epilepsie, Hemikranie, Urämie, Puerperalmanie, Tetanie), sowie bei manchen gastro-intestinalen Affektionen zu konstatieren ist, da andererseits Verfasser zu der Meinung neigt, die Pellagra als eine Erkrankung des Sympathikus aufzufassen, so kommt er zu der Vermutung, daſs allen diesen Leiden eine Veränderung im Sympathikus und seiner Faserung im Centralnervensystem zu Grunde liegen könnte, und die Eosinophilie als eine Folge einer Sympathikusreizung aufzufassen wäre. Versuche mit Pilokarpin steigerten die Zahl der eosinophilen Zellen. — Weitere Blutuntersuchungen bestätigten dem Verfasser die Ansicht TROUSSEAUS, daſs Flechten, Rheuma, Gicht, Migräne, hämorrhoide Leiden

sind, welche durch Asthma nervosum ersetzt werden können. — Unter Übergehung der Ausführungen über Blutbefunde bei einer Reihe anderer Leiden will ich als hierhergehörig noch erwähnen, dafs gelegentlich beim Tripper eosinophile Zellen zu finden sind, deren Vorhandensein auf eine Beteiligung der Pars prostatica urethrae, in hochgradigen Fällen direkt auf eine Prostatitis schliefsen lassen. Es können aber auch aus den Nieren stammend eosinophile Zellen im Harnsediment sich finden. Eosinophile Zellen im Blute sind auch nachweisbar bei sexuellen Neurasthenikern, besonders wo Spermatozoen etc. im Harn vorhanden sind. Das geringe Vorkommen von Hautausschlägen und Geisteskrankheiten bei Kastraten sprechen für die myelogene Bedeutung des Hodens, welchem dann die Prostata nahesteht. Drei Fälle von Recklinghausen (a. Hirntumor mit Prostatakrebs, b. Pemphigus, Prostatakrebs, Knochenkarzinose, c. Prostatakrebs, Karzinose der Bronchialschleimhaut und Knochenmetastasen) versucht N. durch die Blutsverwandtschaft der betreffenden Organe zu erklären, welche alle Kolonien des myelogenen Systems bilden.

Dieser kursorische Bericht kann natürlich nur zur eingehenden Lektüre des eine grofse Fülle interessanten, oft allerdings sehr hypothetischer Gedanken enthaltenden Vortrages anregen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Epidermin als Vehikel zur Aufnahme verschiedener Medikamente, von S. Kohn. (*Intern. klin. Rundschau*, 1892, No. 15.) Von dem Bestreben geleitet, eine möglichst vielseitig verwendbare, eintrocknende Salbengrundlage zu finden, bringt K. als solche die von ihm „Epidermin" genannte Grundmasse in Vorschlag, welche aus Bienenwachs, Wasser und Glyzerin zusammengesetzt ist. Das Epidermin ist eine milchige, halbflüssige Masse und mufs bei Verwendung mit flüssigen oder extraktförmigen Substanzen einen Zusatz von Alumen plumosum in der Gewichtsmenge des Medikaments erhalten; zur Verhütung der Eintrocknung ist die Anwendung von mit eingeschliffenen Glasstöpseln versehenen weithalsigen Glasflaschen nötig. Als Vorzüge des Epidermin werden angeführt: Es wird im Anfangsstadium der Ekzeme vertragen, ist porös und haftet im Gegensatz zu den Pasten ohne Verband; dem Traumaticin gegenüber fällt seine viel gröfsere Verwendbarkeit ins Gewicht; es ist kein Erwärmen nötig wie bei den Glyzerinleimen; es verdirbt nicht so leicht wie das Linimentum exciccans u. s. w. Angewendet wurden in der Abteilung für Dermatologie der allgemeinen Poliklinik zu Wien (Dr. Hans v. Hebra) Zinkoxyd-Epidermin 5—30% (nicht sehr nässendes Ekzem und ähnliches), Tumenol-Epidermin 10% (Jucken), Resorzin-Epidermin 2% (nässendes Ekzem und Furunkulose), Chrysarobin-Epidermin 10%, (Psoriasis, Mykosen), Schwefel-Resorzin-Salicyl-Epidermin (Sycosis, Eczema seborrhoicum). Pyrogallol-Epidermin 5—10% (Impetigo contagiosa), Epidermin cum oleo fagi 10% (Eczema squamosum) u. s. w. — (Eine weitere Prüfung des Epidermin ist sicher zu empfehlen: schade nur, dafs die sogenannten technischen Schwierigkeiten es wieder nötig gemacht haben, die genaue Darstellung zu verschweigen und das Mittel zu monopolisieren. Es kann das der allgemeinen Verwendung des Medikaments (besonders auch aufserhalb Wiens) wie der wünschenswerten Billigkeit nur Abbruch thun; der Preis wird übrigens wohl auch durch die nötige Verwendung von Glasflaschen mit eingeschliffenen Glasstöpseln ungünstig beeinflufst werden. Der Referent.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Betrachtungen über das Europhen, von H. W. Gilbert. (*Balneol. Centralbl.*, II. 13.) Auf Grund von sieben mit Europhen behandelten Fällen empfiehlt G. dasselbe als vollgültigen Ersatz des Jodoforms. Zur Verhütung der Krustenbildung empfiehlt er am Tage Europhensalbe (2½% in Lanolin und Vaseline $\overline{aa}$), zur Nacht

Europhenpulver anzuwenden. Mögen die Schlüsse auch richtig sein, so können sie natürlich durch eine so geringe Anzahl von Fällen nicht sicher bewiesen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von E. Schiff. (*Wiener med. Doktoren-Collegium,* 18. Jan. 1892.) Schiff giebt eine Übersicht über die am behaarten Kopf vorkommenden Krankheiten und kommt, wie zu erwarten, zu dem Schlufs, dafs es keine idiopathische Erkrankung der Kopfhaut gebe, was den Ausspruch Hebras bewahrheitet: „Jede Hautkrankheit kann an jeder Stelle der allgemeinen Decke sich entwickeln, an welcher die zu ihrer Bildung notwendigen anatomischen Verhältnisse vorhanden sind."

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Tättowierung und deren Anwendung zur Deckung mangelnder oder fehlender Hautpigmentation, von H. Paschkis. (*Wien. med. Wochschr.* 1892. No. 4). Verfasser versuchte, die Pigmentanomalien der Haut durch Tättowierung zu decken. Zur Herstellung einer der normalen Hautfarbe möglichst ähnlichen Tinte benutzte er die in der Ölmalerei verwendeten Farben, und zwar die ungiftigen Erdfarben. Die Mischung von rotem, gelbem und braunem Ocker mit schwefelsaurem Baryt (weifs) erfüllte am meisten den Zweck; die Quantitätsverhältnisse müssen von Fall zu Fall ausprobiert werden. Zur Operation dienen Nähnadeln an einem Stiel, die senkrecht $^1/_2$ mm in die desinfizierte und mit dem Farbenbrei bedeckte Haut eingestochen werden. Bisher haben die tättowierten Stellen in einem Jahre keine Veränderung erlitten. — Es verdienen diese Versuche in geeigneten Fällen gewifs Berücksichtigung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die physiologische Behandlung einiger Hautkrankheiten, von Mariano Semmola. (*Internation. klin. Rundschau.* 1892. No. 11.) Die grofse Bedeutung der Haut für Sekretion und Exkretion müfste nach Verfasser die moderne Dermatologie davon zurückbringen, in den Hautleiden fast nur lokale Leiden zu sehen. Von diesem Gesichtspunkte aus fafst S. die Fälle von Eczema und Psoriasis, welche im Herbste recidivieren, um im Frühlinge zu schwinden, als durch die geringere Schweifsbildung im Winter bedingt auf und basiert darauf seine „physiologische" Behandlung genannter Leiden: Im Beginn des Herbstes ca. vier Wochen täglich ein Bad (30—35 °), 2—3 Stunden lang, dann schottische Dusche den ganzen Winter hindurch; dazu Milch, wenig stickstofffreie Kost, bei Skrophulose Jodnatrium, bei Arthritis und Rheuma Alkalien. — Soweit die Ausführungen des gedachten Verfassers dazu geeignet sind, die Dermatologen zu mahnen, stets dessen eingedenkt zu sein, dafs die Haut nur ein Teil des Gesamtorganismus ist und bei Veränderungen derselben der übrige Körperzustand stets zu berücksichtigen ist, mufs man ihm bedingungslos zustimmen. Es giebt für den Spezialisten keine gröfsere Gefahr, als den Zusammenhang mit der gesamten medizinischen Wissenschaft zu verlieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra, von A. Laurent. (*Med. News.* 5. III. 1892). Verfasser, offenbar nicht ein Arzt, tritt sehr energisch für die Isolierung aller Leprakranken ein. Er stützt sich auf die Mitteilungen von Hansen, Arning u. a., um die Gefahren der Vaccination mit infizierter Lymphe und seitens unbefähigter Personen darzuthun, und giebt ferner eine Schilderung der Isolationsniederlassung auf Providence Island im See von Maracaibo, wohin sämtliche Leprakranke von Venezuela ohne allen Unterschied hingebracht

werden. Thatsächlich sei dieses das einzige Land, wo die Isolierung streng und erfolgreich ausgeführt werde. *Philippi-Nieheim.*

Die Ätiologie der Lepra, von Armauer-Hansen. *(Virchow-Festschrift,* Bd. III.) Nachdem es gelungen ist, in sämtlichen Produktionen der Lepra Bacillen nachzuweisen, ist die Frage nach der Ätiologie dieser Krankheit doch noch nicht definitiv entschieden. Hansen ist Anhänger der Infektionstheorie. Zunächst fertigt er die kürzlich von J. Hutchinson wieder aufgewärmte Fischtheorie kurz ab mit dem Bemerken, dafs in zahlreichen Ländern, wo zahlreiche Fische gegessen werden, gar keine Lepra existiert. Schwerer ist es, die Annahme von der Erblichkeit der Lepra zu widerlegen, da die meisten Fälle von Lepra Familienfälle sind. Doch sind etwa ¼ aller Fälle von Lepra ohne lepröse Verwandtschaft. Besser erklärt die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit alles; dafs oft nur einer von zwei Gatten leprös ist, besagt nichts, da dies bei Syphilis etc. häufig vorkommt, die doch sicher ansteckend ist. Andererseits sind sehr häufig bei Lepra Fälle von sicherer Infektion beobachtet. Der Infektion leistete die frühere Unreinlichkeit der Bevölkerung bedeutend Vorschub. An den vereinzelt liegenden Höfen in Norwegen kann man nachweisen, dafs die Krankheit an den Ort und nicht an die Familien gebunden ist. Endlich ist von gröfster Beweiskraft die Thatsache, dafs die Lepra abgenommen hat, seit man die Leprösen in Hospitälern isoliert. Die knotige Form scheint bedeutend ansteckender zu sein, als die anästhetische. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kontagiosität der Lepra, von A. v. Bergmann. (*Sammlung klin. Vorträge.* Leipzig 1891.) Im Anschlufs an die Eröffnung eines neuen Leprosoriums in Riga, welches sich, nachdem das alte vor zwei Jahrhunderten geschlossen war, wegen erneuter Verbreitung der Lepra in Livland als notwendig erwiesen hat, tritt A. v. B. in einem Vortrage von neuem für die Kontagiosität der Lepra ein, wobei er einen Unterschied zwischen Lepra nervorum und Lepra tuberosa nicht macht. Von den Ursachen der Lepra, die die Antikontagionisten ins Feld führen, erkennt B. nur die direkte Vererbung als möglich an; die lange bestehen bleibende Potentia coeundi bei Leprösen, der Befund von Bazillen in den Testes lassen die Vererbung als ätiologisches Moment erklärlich erscheinen. Die Vererbung an Seitenlinien erkennt er nicht an. Das multiple Moment für die Verbreitung sei aber sicher der direkte Verkehr, nur lasse sich die Übertragung bei der langen Inkubationsdauer oft nur schwer noch nachweisen. Die Verhältnisse in Riga sprechen sehr für die Kontagiosität. In Riga waren 1885: 9, 1886: 11, 1887: 14, 1888: 12, 1889: 18, 1890: 20 Personen als Lepröse bekannt; man könne also annehmen, dafs Riga 100 Lepröse beherbergt, d. h. einen auf nicht ganz zweitausend Einwohner. Die Verbreitung geschieht besonders in Familien und Gemeinden. Belehrend sind die Vorgänge auf dem Stadtgute Hohnhof, einer Gemeinde von 2000 Seelen. Ende der sechziger Jahre waren dort 2 Kranke, 1870—1880: 10 neue Fälle, 1880—1886: 15 neue Fälle; dann tritt ein Rückgang ein, weil die Leprösen aus der Gemeinde entfernt und in Schlupfwinkeln in Riga untergebracht werden. Für die einzelnen Familien liefs sich nachweisen, dafs die Übertragung nicht durch Vererbung, sondern Übertragung stattfand, da die Kinder geboren waren, bevor die Eltern erkrankt sind. — An 105 Kranken zeigt der Vortragende dann, dafs sich bei 51 mit Bestimmtheit, in 15 mit Wahrscheinlichkeit die Infektionsquelle nachweisen lasse, bei der langen Inkubationsdauer eine grofse Zahl. Die Fälle sind alle in einer Tabelle aufgezählt.

Der Vortrag bietet von einem erfahrenen Leprakenner einen lehrreichen Beitrag zu der Frage der Kontagiosität der Lepra, deren Möglichkeit nach der Entdeckung der Leprabazillen ja sicher niemand mehr in Abrede stellen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über Tuberkulinbehandlung Lepröser im Stadtkrankenhause zu Fellin, von A. SCHWARZ. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1891. No. 50.) Es wurden vom 17. 2. bis 15. 11. 1891 22 Lepröse mit Tuberkulin behandelt; es wurde mit sehr kleinen Dosen begonnen und langsam gestiegen. Schon nach 0,001 trat lokale und allgemeine Reaktion ein, letztere zuweilen erst im Laufe der Behandlung. Es wurde eine Besserung mehrfach erzielt, indem Geschwüre heilten, die Sensibilität stellenweise wiederkehrte, die Flecke abblafsten und teilweise schwanden und das Allgemeinbefinden sich hob. Dennoch wurde der Lepraprozefs als solcher nicht alteriert; die Knochen verkleinerten sich nicht merklich, es traten neue Stellen auf, und an den scheinbar geheilten Teilen zeigten sich Rezidive. Die Bacillen, wiederholt untersucht (3 Minuten färben mit kaltem Karbolfuchsin und dann eintauchen in GABBETsche Methylenblaulösung), zeigten keine Änderung.

Von einer Heilung der Lepra durch Tuberkulin ist nicht zu reden. — Die Krankengeschichten werden genau wiedergegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *Tuberkulose.*

Der gegenwärtige Stand der Tuberkulösen-Therapie, von LUDWIG WICK. (*Klin. Zeit- u. Streitfragen,* Bd. V., Heft 9 und 10.) Verfasser giebt eine Übersicht über die Behandlungsmethoden der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulinbehandlung, die $^4/_5$ des Heftes einnimmt; die übrigen Mafsnahmen sind in dem letzten Fünftel des Heftes etwas kümmerlich abgehandelt. Wer sich über die verschiedenen Arbeiten der bereits so riesenhaft angewachsenen Tuberkulin-Litteratur schnell orientieren will, der findet in diesem Heft eine übersichtliche Zusammenstellung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neuere experimentell-pathologische Arbeiten über Tuberkulinwirkung, von P. BAUMGARTEN. (*Berl. klin. Wochenschr.,* 1891, No. 51.) Verfasser, der wohl wie kein anderer dazu berufen ist, giebt eine scharfe und eingehende Kritik der Arbeiten von DÖNITZ: „Über die Wirkung des Tuberkulins auf die experimentelle Augentuberkulose des Kaninchens", und PFUHL: Beitrag zur Behandlung tuberkulöser Meerschweinchen mit Tuberculinum Kochii.

Die günstigen Resultate des ersteren ficht B. mit grofser Energie auf Grund einer durchaus sachlichen und eingehenden Prüfung an; die Virulenz des verimpften Gewebes ist nicht genügend sichergestellt, die nach der Behandlung zurückgebliebenen makroskopischen Erscheinungen sind willkürlich gedeutet, nicht durch mikroskopische Untersuchung geprüft; die Untersuchung der verschiedenen Augenhäute auf Bazillen während des auf dem Wege der Resorption vor sich gehenden Verschwindens des Knötchens ist nicht vorgenommen. Es ist deshalb nicht erwiesen, dafs, wie D. angiebt, durch tägliche Injektion von Tuberkulin in grofsen steigenden Dosen eine Heilung erreicht sei. Sollte sich aber das als richtig herausstellen, dann wäre noch zu prüfen, ob dem lokalen Erfolg nicht Gefahren für den ganzen Organismus durch Verschleppung der Bazillen bei der Resorption gegenüberstehen. — Als Resultat der Arbeit von PFUHL verzeichnet B., „dafs das tuberkulöse Meerschweinchen bei Behandlung mit Tuberkulin sicher an Tuberkulose stirbt, ob wir letzteres vor, gleichzeitig mit oder nach der Infektion anwenden, und zwar bei Behandlung mit Tuberkulin sicherer an ausgebildeter Lungentuberkulose, als an der unter derselben mehr oder weniger zurückgebliebenen Leber- und Milztuberkulose, welche nach P.s Meinung sogar eine Rückbildung erfahren soll. Der Tod tritt später ein, wenn Tuberkulin gegeben ist. Die Behandlung mit grofsen steigenden Dosen mit Innehaltung von Pausen, wie sie BAUMGARTEN angegeben, ist entgegen den Ansichten von D. die beste."

Zwei italienische Autoren, Dr. Gasparini und Dr. Mercanti (Sullà azione della linfa di Koch nella tuberculosi oculare sperimentale, *Annale di Ottalmologia*, Anno XX., fascicolo 1. u. 2) kommen in ihrer Arbeit zu denselben Resultaten wie Baumgarten sie in seiner in der Festschrift für Virchow niedergelegt hat. Dieselben gehen kurz dahin, dafs bei Impfung des Auges mit virulentem Material durch Tuberkulin eine Steigerung des entzündlichen Prozesses, keine Heilung, keine Koagulationsnekrose eintritt, die Bazillen nicht alteriert werden und trotz des Tuberkulins Metastasen, besonders in die Lungen, folgen.

Wer eine sachliche und von streng wissenschaftlichem Geist getragene Kritik lesen, wer vorurteilsfrei sich über die bisher konstatierten Wirkungen des Tuberkulin bei Tieren unterrichten will, der wird nicht umhin können, diese kleine Arbeit von Baumgarten zu lesen. Man mufs aber auf den in Rede stehenden Gebieten eine solche Autorität wie B. sein, um die Mängel obengenannter Arbeiten so ans Licht ziehen zu können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

2 Fälle von Lupus vulgaris disseminatus im Anschlufs an akute Exantheme, von L. Philippson. (Unnasche Klinik.) (*Berl. klin. Wochenschr.* No 15.) Verfasser beschreibt 2 Fälle von Lupus, die sich bei Mädchen von 11 und 12 Jahren nach Scharlach entwickelt haben und die sich durch die ungewöhnlich grofse Zahl der disseminierten Knötchen und durch die relativ schnelle Ausbreitung über den ganzen Körper auszeichneten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung von skrophulotuberkulösen Produkten, sowie namentlich von Lupus vulgaris, von H. Leloir. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 676.) Dieser Abhandlung liegt ein Material von über 200 Impfungen zu Grunde. Verfasser teilt aber nur das aus diesen Untersuchungen gewonnene Ergebnis mit. Danach kann man durch Impfungen mit Lupus auch beim Kaninchen und Meerschweinchen eine allgemeine Tuberkulose erzeugen. Die früheren Mifserfolge bei ähnlichen Versuchen erklären sich aus einer mangelhaften Technik. Um Erfolg zu haben, mufs man nämlich verhältnismäfsig grofse Lupusstücke nehmen und dieselben beim Meerschweinchen ins Peritoneum, beim Kaninchen in die vordere Augenkammer impfen. Denn wir haben es beim Lupus mit einer schwach virulenten Hauttuberkulose, immerhin aber mit einer Tuberkulose zu thun. Der Lupus unterscheidet sich eben, wie man fast mit Bestimmtheit sagen kann, nur quantitativ, d. h. durch die geringere Anzahl seiner Bazillen, und nicht zugleich auch qualitativ von der Skrophulo-Tuberkulose und der Lungen-Tuberkulose. — Die mit Lupus geimpften Tiere erwiesen sich nicht immun gegen die Tuberkulose.
Türkheim-Hamburg.

Klinische, histologische und experimentelle Untersuchungen über Mischformen von Syphilis und Skrophulo-Tuberkulose der Haut, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 475.) Dafs es, wie Ricord und Verneuil schon lange behaupteten, Adenopathien giebt, die gleichzeitig auf einer syphilitischen und skrophulotuberkulösen Entzündung beruhen und die erst heilen, wenn man sie nacheinander antisyphilitisch und antituberkulös behandelt — hat Verfasser vor ein paar Jahren gezeigt. In der vorliegenden, hochwichtigen Abhandlung bringt er mit gewohnter Klarheit den Nachweis, dafs derartige hybride Form auch auf der Haut vorkommen.

Ein 34jähriges, von phthisischen Eltern abstammendes, stark skrophulöses Mädchen, das seit 10 Jahren auch syphilitisch ist, wurde im Juli 1890 auf die Leloirsche Klinik aufgenommen, und zwar wegen eines Ausschlages, der an der rechten Halsseite safs und aus papulo-tuberkulösen kupferfarbenen Wucherungen bestand. Dieselben verschwanden nach einer antisyphilitischen Behandlung nur teilweise; der Rest gewann

das Aussehen eines Lupus hypertrophicus myxomatosus, histologische und bakterielle Untersuchung sicherten nunmehr diese Diagnose. An die Mitteilung dieses Falles knüpft Verfasser noch einige Bemerkungen über die Wichtigkeit und Bedeutung gerade dieser Beobachtung. *Türkheim-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Zur Kasuistik der Keratosen bei konstitutioneller Syphilis, von J. Engel-Reimers. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 14.) Eine 34jährige Arbeiterfrau, die im März 1877 von ihrem Ehemann infiziert war, zeigte im März 1878 grofse Hornplatten auf den Warzen und Warzenhöfen beider Brüste. Dieselben haben den Umfang eines Fünfmarkstückes, eine Dicke von reichlich einem Centimeter und überall die Härte eines Nagels, so dafs sie beim Aufschlagen eines metallenen Gegenstandes klappern. Ihre Oberfläche ist flach gewölbt, vielfach geriffelt und von schmutzig graugelber Farbe. Aufserdem zeigten sich ein lentikuläres papulo-squamöses Syphilid am Truncus. Über den Lendenwirbeln und dem Kreuzbein ist der Ausschlag am dichtesten, und hier sitzen zwischen den schuppenden Plaques ebenfalls ein paar kleine, halbrundförmig gekrümmte typische Hauthörner. Dieselben haben den Umfang einer Erbse, eine deutliche Längsstreifung auf der Oberfläche und eine vielfach gekerbte Spitze. Endlich sind noch Schleimpapeln an den grofsen Labien und an der Unterlippe vorhanden. Die Untersuchung ergiebt, dafs die Hörner aus verhornten Epidermiszellen zusammengesetzt sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Sublimat als Vesikans, von Aubert. (*Journ. des mal. cut. et syphil.* 1892. S. 90.) Verfasser hat gefunden, dafs, wenn man auf eine umschriebene Hautstelle eine 1‰ige Sublimat-Lösung 6—7 Stunden lang einwirken läfst, daselbst, genau wie nach einem Kanthariden-Pflaster eine Blase entsteht, deren Serum aber keine Bazillen enthält. Auf diese Weise hat er akneförmige Syphilide zum Verschwinden gebracht. Die therapeutischen Versuche beim Lupus sind noch nicht beendet, lassen aber schon jetzt eine bedeutende Wirkung erkennen. *Türkheim-Hamburg.*

Subkutane Einspritzungen von Europhen bei Syphilis, von Gaudin. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 18.) Verfasser berichtet über seine an der Pariser Poliklinik unter Butte gemachten Erfahrungen. Er benutzte eine 5%ige Lösung des Europhens in Öl, von der er bis zu 5 Spritzen auf einmal verbrauchte. Abgesehen von etwas Schmerzen, hat er unangenehme Nachwirkungen nicht beobachtet. Von einem günstigen Einflufs des Europhens auf die Sekundär-Symptome der Syphilis konnte er sich nicht überzeugen. Dagegen verspricht er sich für das tertiäre Stadium viel Nutzen von dem Mittel. *Türkheim-Hamburg.*

Hydrargyrum sozojodolicum bei Rupia syphilitica, von Gaudin. (*Journ. des mal. cut. et syphil.* 1892. S. 27.) Verfasser wandte das Mittel in einem Fall subkutan in folgender Lösung an:

Hydrarg. sozojodol.	0,008
Gummi arab.	1,0
Aq. dest.	10,0

jeden zweiten Tag eine Spritze. Es kamen im ganzen 10 Einspritzungen zur Anwendung. Der Erfolg war ein günstiger; innerhalb 3 Wochen trat fast völlige Heilung. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, nicht einmal Schmerzen. *Türkheim-Hamburg.*

Verlauf und Natur des Pseudo-Chancre de retour A. Fourniers, von A. Morel-Lavallée. (*Journ. des mal. cut. et. syphil.* 1892. S. 91.) Fournier hat

Fälle beschrieben, wo jahrelang nach voraufgegangener Syphilis sich am Penis ein Knötchen bildet, das einen neuen Schanker vortäuscht, in Wirklichkeit aber als ein Syphiloma chancriforme (Leloir) aufzufassen ist. Der Verfasser rechnet auf Grund einer jüngsten Beobachtung diese Tumoren dem tertiären Stadium zu, da in seinem Fall das längere Zeit sich selbst überlassene Knötchen nicht von selbst wieder verschwand, sondern geschwürig zerfiel. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Alex Pospelow. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1892. S. 125.) Der hier berichtete Fall scheint das Vorkommen einer syphilitischen Reinfektion unwiderleglich zu beweisen. Der betreffende Patient war unzweifelhaft syphilitisch gewesen, es hatten Roseola, Angina und Psoriasis syphilitica bestanden. Nach ausgiebiger Hg.-Behandlung, und nachdem alle syphilitischen Symptome dauernd verschwunden waren, heiratete er alsdann. Aus der Ehe entsprofs ein Kind, das gesund war und blieb; desgleichen zeigte auch die Frau niemals etwas Abnormes. Als ihn dann nach langer Zeit die Verhältnisse zu einem aufserehelichen Coitus trieben, bildete sich vom neuen ein Geschwür am Penis, das von Pospelow als Ulcus specificum diagnostiziert wurde und das auch nach längerer Zeit Roseola und Psoriasis syphilitica im Gefolge hatte. Trotz eindringlicher Warnung schlief Patient bei seiner Frau und steckte diese nun ebenfalls an. — Entgegen der Behauptung Siegmunds waren in diesem Fall die sekundären Symptome bei der zweiten Ansteckung heftiger als bei der ersten. *Türkheim-Hamburg.*

Die Verbreitung der Syphilis in Berlin, von A. Blaschko. (Berlin, S. Karger, 1892.) Da die Frage der Regelung der Prostitution in Berlin wieder aktuell geworden, untersuchte B. die Verbreitung venerischer Erkrankung vor allem an der Hand der Listen der Polizeiärzte und kommt da zu dem überraschenden Resultat, dafs von 1860 ab bis 1889 die Zahl der wegen venerischer Erkrankungen der Charité überwiesenen Dirnen von 107 % der Kontrollierten auf 50 % heruntergegangen ist. Aus diesen Zahlen läfst sich direkt eine Abnahme der Erkrankten in der Bevölkerung nicht erschliefsen, aber indirekt, wenn man sich die Frage vorlegt, wie grofs die Infektionsgefahr für die Prostituierten ist; und da berechnet Verf., dafs auf 2500 Coitus eine Infektion erfolgt, während früher auf 1000 Coitus schon eine Infektion zu gewärtigen stand. Als weitere Belege für die Verminderung zieht Verfasser nun die Statistik über venerische Erkrankungen in der Berliner Garnison und den Gewerkskrankenkassen heran und weist in beiden Fällen eine erhebliche Verminderung nach. Die relative Abnahme der Zahl der Syphilitischen in der Charité und der Totgeburten dienen auch als Beweise für die Abnahme. Was die absolute Zahl der Erkrankten betrifft, so rechnet Blaschko aus, dafs jeder 9. bis 10. Mensch in Berlin syphilitisch ist oder war. — In den letzten Jahren glaubte der Verfasser allerdings ein erneutes Steigen der Zahl der Erkrankten wahrzunehmen. — Die Gründe für die Abnahme in der Periode 1860—1886 führt Verfasser an: „Die zunehmende Leichtigkeit, für breite Volksschichten Geschlechtskrankheiten zu behandeln, insbesondere durch die Verallgemeinerungen des Krankenkassenwesens; 2. die fortgesetzte sanitäre Kontrolle der gewerbmäfsig Prostituierten; 3. die zunehmende Einsicht der Bevölkerung in die Natur und Verbreitungsweise der Geschlechtskrankheiten."

Verfasser äufsert sich dann sehr abfällig über die Zwangsbordelle, von denen er keine Verminderung der Erkrankung erwartet und die er heutzutage auch nicht mehr für lebensfähig hält. Dagegen erklärt er sich für eine strenge Beaufsichtigung der Häuser, in welchen unter dem Deckmantel von Kneipen mit Damenbedienung die gröfste Unzucht getrieben wird, und zeigt statistisch die enorme Häufigkeit der Syphilis unter den Kellnerinnen. — Will man eine weitere Verminderung erzielen

so kann man dieses durch Vervollkommnung der Untersuchung, die mehr den Charakter eines ärztlichen, als denjenigen einer polizeilichen Maßnahme tragen soll, durch Beseitigung der Paragraphen in dem Krankenkassengesetz, welche die Geschlechtskrankheiten von den Wohlthaten des Gesetzes ganz oder teilweise ausschließen, durch Fortfall der Beschränkungen, welche der Behandlung Geschlechtskranker in und außerhalb der Krankenhäuser im Wege stehen, und endlich durch weitergehende Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen der Geschlechtskrankheiten.

Läßt sich über die Stellung des Verfassers zur Bordellfrage und über seine Schlüsse aus der Statistik auch vielleicht streiten (so ist es beispielsweise wohl doch eine Frage, ob die Abnahme der Totgeburten nicht den Fortschritten der Geburtshilfe und dem Umstande zuzuschreiben ist, daß jetzt doch zu Entbindungen Ärzte viel früher hinzugerufen werden als vor 25 Jahren), so wird man doch den letztaufgeführten Vorschlägen bedingungslos zustimmen müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Syphilis in Ninive und Babylon bei den alten Assyriern, 700 J. v. Chr., von F. Buret. (*Journ. des mal. cut. et. syphil.* 1892. S. 49.) Enthält eine Wiedergabe der im Mai 1891 in den „*Monatsheften*“ (S. 389) erschienenen Abhandlung von J. K. Proksch: „Die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern.“

Türkheim-Hamburg.

Ein Kapitel aus der Praxis, von A. Fournier. (*Annal. de Derm. et de Syphil.* 1892. S. 132.) „Wie hat sich der Arzt einer syphiliskranken Dame gegenüber zu verhalten, die ihn nach der Natur ihrer Krankheit fragt? Das ist die Frage, die Fournier in der vorliegenden Abhandlung in seiner geistvollen, unterhaltenden Weise beantwortet. In einem solchen Falle rückhaltslos die Wahrheit bekennen, wäre zum mindesten sehr verkehrt. Denn vielleicht ist die Patientin, die uns gegenübersteht, eine ehrbare Frau, die die Krankheit nur von ihrem Manne haben kann, dürfen wir ihr über dessen Vorleben, über dessen außereheliches Leben die Augen öffnen? Das kann für das Eheglück die allerschlimmsten Folgen haben. Aber auch einer Maitresse gegenüber ist Zurückhaltung am Platze, auch ihr soll man den Namen ihrer Krankheit nicht schroff ins Gesicht schleudern. — Also in beiden Fällen die wahre Natur des Leidens verheimlichen, irgend einen gleichgültigen Namen nennen? Das wäre das Verkehrteste, was man thun könnte. Die ehrbare Frau sowohl wie die Maitresse müssen wissen, daß es sich um eine ansteckende Krankheit handle, die eine zum Schutz ihrer Kinder, die andere zum Schutz ihres Liebhabers. Bei letzterer spielt aber auch noch ein realeres Interesse mit: Wenn sie ihren Freund ansteckt, so verliert sie ihn, und damit oft ihren ganzen Lebensunterhalt. Fournier erzählt eine derartige hübsche Geschichte. — Wenn nun aber der Arzt weder reden noch schweigen darf, was soll er dann thun? Vor allen Dingen sich vergewissern, mit wem er es zu thun hat. Das ist fast niemals schwer; aus dem Benehmen, aus der Kleidung, aus einzelnen Worten geht das oft schon hervor. Sieht er sich einem „verlorenen Kind“ gegenüber, so soll er sie schonend mit der Natur der Krankheit bekannt machen, auf die Gefahren hinweisen, die ihr selber, die andern durch sie drohen u. s. w. Bei einer ehrbaren Frau aber soll er auf den Mann die Sorge abwälzen, der Gattin sein geheimes Leiden so viel wie möglich zu verbergen. Er lasse also den Mann zu sich kommen und mache ihn mit der Lage bekannt; der wird ihm für seine Verschwiegenheit und seinen Takt meistens sehr dankbar sein. Freilich muß der Arzt allemal sicher sein, daß die Patientin ihre Syphilis auch wirklich von ihrem Manne habe, denn sonst könnte er böse Dinge anrichten. Daher lasse er den Mann niemals ohne Einwilligung der Frau kommen. Eine unschuldige Frau wird nichts

darin finden, eine Dame mit bösem Gewissen dagegen wird sich wohl hüten, dem Manne ihre Untreue zu verraten.

Dies ist in grofsen Zügen der Gedankengang der Fournierschen Schrift. Seine Ratschläge gehen ganz ins einzelne, geben uns fast die Worte an, die wir im jeweiligen Fall zu brauchen haben. Ob aber von den deutschen Ärzten viele in die traurige Notwendigkeit geraten werden, davon Gebrauch zu machen? Meine Erfahrungen berechtigen mich zu einigem Zweifel. *Türkheim-Hamburg.*

d. *Malleus.*

Ein Fall von chronischem Rotz, von E. Neisser. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, No. 14.) Der an Lichtheims Klinik lange und sorgfältig beobachtete Fall betrifft einen 20jährigen stämmigen Menschen, der im September 1890 an einem Geschwür am linken inneren Augenwinkel erkrankte, welches auf die Conjunctiva bulbi übergriff und eiterig sezernierte. Patient fühlte sich matt und abgeschlagen, es trat ein Abscefs auf der linken Wange auf, der gespalten wurde und unter Hinterlassung einer Fazialisparese heilte. Die eingeleitete Tuberkulinkur brachte das Geschwür am Auge zur Heilung; Patient soll mit Fieber reagiert haben. Es trat dann eiteriger Ohrausfluſs, später heftiger seröser und nachher eiteriger Schnupfen auf. Ende Januar 1891 trat eine Anschwellung am rechten Unterarm auf; es entleerte sich beim Einschneiden dünner Eiter, eine Ulnarislähmung blieb zurück. Im Frühjahr bildeten sich verschiedene Anschwellungen, ein Geschwür am harten Gaumen mit wulstigen Rändern. Im September 1891 wurde er in die Klinik aufgenommen, fieberte, war heiser und hatte reichliches Sputum. Es bestand ein Abscefs über dem rechten Biceps, das Nasenseptum war in seinem knorpligen Teil zerstört, ebenso waren die unteren Muscheln ulzeriert; im Kehlkopf fand sich vorn in der Regio subglottica ein Geschwür; die Diagnose schwankte zunächst zwischen Lues und Tuberkulose; allein der Beginn des Leidens sprach gegen beides und für Rotz. Patient hatte zwei Jahre vor seiner Erkrankung ein rotzkrankes Pferd gewartet. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab zunächst nichts Positives; dagegen erkrankten zwei intraperitoneal geimpfte Meerschweinchen nach 4, bezw. 6 Tagen mit den für Rotz charakteristischen Hodenschwellungen. Beim weiteren Durchpassieren durch den Tierkörper gewannen die Bazillen an Virulenz. Die Kulturen aus den zuerst geimpften Meerschweinchen wuchsen sehr üppig, die aus den nächsten Tieren wuchern aber viel spärlicher; sie erwiesen sich sämtlich als rein und virulent, nahmen aber nie den den Rotzkulturen eigenen fuchsroten Farbenton an.

Unter energischer Jodkaliumbehandlung besserte sich Patient, die Geschwüre heilten, doch traten immer noch leichte Fiebertemperaturen auf, so dafs man den Prozefs keineswegs als abgelaufen betrachten kann. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Über eine nachhaltende Form der akuten Kokainvergiftung, von Hallopeau. (*Journal des Connaissances médicales*, 1891.) Obgleich das vorliegende Thema nicht strikte ins Gebiet der Dermatologie gehört, so dürfte doch bei der vielseitigen Ausdehnung der Kokainanwendung die nachfolgende Mitteilung in Fachkreisen nicht ohne Interesse sein. — Während die unangenehmen Nebenerscheinungen, die sich hier

und da auch bei sehr schwachen Dosen von Kokain einstellen, gewöhnlich als leichte, rasch vorübergehende Störungen beschrieben werden, ist Verfasser an der Hand einer eigenen Beobachtung, sowie zahlreicher Mitteilungen aus der Litteratur in der Lage, darzulegen, dafs dieselben oft einen weit ernsteren, nachhaltenden Charakter annehmen können. Ein „nervös“ beanlagter Patient erhielt behufs Vornahme einer Zahnoperation eine Injektion von 0,008 Cocainum muriatum in das Zahnfleisch. 5 Minuten nachher Erscheinungen von akutem Kokainismus: grofse Präkordialangst und Erstickungsgefühl, darauf hochgradiges Exzitationsstadium mit fadenförmigem Pulse. Solche Anfälle wiederholten sich in den folgenden Wochen noch öfters; in der Zwischenzeit grofse Niedergeschlagenheit und Erregbarkeit, Schwindelanfälle, heftigste Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Dieser Zustand dauerte 3 Monate lang an; die Heilung erfolgte langsam, aber vollständig. Als ebenfalls neu werden 2, von Frank beobachtete ähnliche Fälle mitgeteilt. Diese Phänomene des Kokainismus erklärt H. (analog denen bei Morphium- und Belladonnaintoxikationen) durch Annahme einer Ablagerung des Giftes in den centralen Ganglienzellen, resp. von Veränderungen, welche in denselben durch das Kokain erzeugt werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Das Geheimnis der Fakirs enthüllte nach einem Berichte des früheren Gymnasialdirektors in Serajewo ein dortiger Schüler, der Sohn eines israelitischen Arztes. Bei einem Schulfeste, so erzählt obengenannter Gewährsmann, zog er eine gröfsere Anzahl von Nadeln aus der Tasche, die unseren dickeren Stecknadeln nicht unähnlich waren. Kaum dafs ich sie näher betrachten konnte, hatte Lewi eine derselben ergriffen und durch die Wange gestochen, so dafs das eine Ende aus dem Munde herausragte. Gleich darauf nahm er eine zweite Nadel und stach mit ihr auch die zweite Wange durch und heftete flink auf die Ösen der Nadeln 2 kleine Glocken an, welche läuteten, wenn er mit dem Kopfe schüttelte. Gleich darauf ergriff Lewi eine gröfsere Nadel und stach sie über dem Kehlkopfe durch die Haut. Da konnte ich mich nicht enthalten, zu fragen, wieso es komme, dafs kein Blut fliefse. „O,“ entgegnete mein Zauberer, „wollen Sie, dafs Blut fliefse? Gut.“ Und er ergriff die Nadel, zog sie hin und her, und richtig, veritables Blut bespritzte sofort den Hals und die Hände. Nun zog Lewi den Rock aus, stülpte die Ärmel auf, und nach einigen Augenblicken hatte er beide Arme mit Nadeln bespickt, welche, 2—3 Centimeter lang und einhalb bis einen Centimeter tief, quer durch die Haut und das Fleisch gingen. Darauf nahm Lewi noch eine Nadel, die einen Griff hatte, zog mit der einen Hand die Zunge heraus, stach sie durch und drehte die Nadel herum, so dafs die Zunge wie eine Schraube aussah. Hierauf zog der Knabe die Nadeln aus dem Fleische heraus und bat mich um eine Cigarette. Als ich ihm eine solche gereicht und er sie angezündet hatte, zog er Rauch ein, schlofs den Mund, hielt sich die Nase zu und blies die Wangen auf. Und sieh', der Rauch entströmte durch die Wangen, an den Stellen, wo früher die Nadeln staken, in langen Strömen. Lewi erzählte mir ganz offenherzig folgendes: „Mein Vater war Hekim, das heifst Arzt, er wollte mir etwas vermachen, was mich ernähren sollte. Zu dem Zwecke stach er mir nacheinander mit einer silbernen Nadel die Wangen, den Hals, die Zunge und die Arme an mehreren Stellen durch und führte in die Löcher Seidenfäden ein, sowie man das beim Ohrenstechen zu machen pflegt. Die Fäden wurden jeden Tag hin- und hergezogen, die Wunden gesalbt, bis sie verheilten und überall ein Loch zurückblieb. Vor dem Tode trug er meinem Bruder auf, von Zeit zu Zeit Nadeln durch diese Löcher zu stecken, damit sie nicht verwachsen, und zuletzt mufste ich das selbst üben, bis ich darin eine solche Fertigkeit erlangt hatte, dafs ich, ohne viel zu probieren, mit den Nadeln in die Löcher traf. Was das Blutvergiefsen anbelangt

so zog mein Leon zur Erklärung auch dieses „Wunders“ ein kleines, längliches Säckchen, ähnlich einer kleinen Wurst, hervor; dieses, aus einem Stückchen Dünndarm eines Schafes gefertigte Würstchen war mit Ochsenblut gefüllt und hatte einige Stecknadellöcher. Das hielt Lewi in der Hand versteckt, und als ich Blut verlangte, gab er Blut, indem er die Wurst drückte. Das war die ganze „Zauberei“. (*Ärztliche Rundschau*, 13, 1892.)

Diskussion über die Anwendung und die Gefahren des Kokains bei lokaler Anästhesie in der Société de Chirurgie in Paris. (*Intern. klin. Rundschau.* 1892. No. 6.) Aus dieser Diskussion kann man einerseits ersehen, dafs, wenn auch die toxische Wirkung des Kokains mit der Dosis steigt, doch eine Maximal- oder Minimaldosis sich nicht bestimmen läfst, da sicherlich Idiosynkrasien beim Kokain gerade eine hervorragende Rolle spielen. Andererseits erkennt man aber auch aus derselben, dafs noch immer viel zu grofse Dosen und viel zu starke Konzentrationen angewendet sind, während wir doch jetzt wissen, dafs eine 0,2% bis 1% Lösung schon die beste lokale Anästhesie bewirkt. Referent hat wiederholt Inzisionen und Exzisionen, Phimosenoperation, Thorakotomie etc. mit 1% Kokainlösung bei einem Gesamtverbrauch von 0,005—0,01 ausgeführt, ohne dafs der Patient den geringsten Schmerz empfand.

Für dermatologische Operationen genügen diese Lösungen stets; eine Intoxikation ist aber selbst bei Kindern von diesen geringen Kokainmengen wohl nicht zu fürchten. Wenn wir in letzter Zeit gesehen haben, dafs schon die Durchtränkung des Gewebes mit Flüssigkeit (Wasser, Koffeïnlösung etc.) an sich lokal anästhesierend wirkt, so ist die günstige Wirkung solch' kleiner Mengen auch verständlich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Am 1. August verläfst die **Königl. Klinik für Hautkrankheiten zu Breslau** das städtische „Allerheiligen-Hospital“, in welchem sie seit 1877 untergebracht war, und bezieht das neue, bei den übrigen Kliniken im Maxgarten errichtete Gebäude. Die neue Klinik gewährt vor der Hand für 74 Kranke Platz und ist, wie wir hören, mit allen Räumen und Vorrichtungen für wissenschaftliche Zwecke versehen. Es wird in ihr ein Ambulatorium errichtet werden; neben demselben bleibt jedoch im „Allerheiligen-Hospital“ eine **Universitäts-Poliklinik** für Hautkrankheiten bestehen; Klinik wie Poliklinik unter der Direktion von Prof. Neisser. Die grofse Entfernung der neuen Klinik vom Zentrum der Stadt macht es notwendig, eine Poliklinik in dem seit Jahrzehnten von den Bewohnern der Stadt und Provinz aufgesuchten „Allerheiligen-Hospital“ bestehen zu lassen, um der neuen Klinik das bekanntlich ausgezeichnete Material zu erhalten.

Für die aus dem Hospital scheidende Klinik wird nun seitens der Stadt eine eigene **Abteilung für Haut- und venerische Kranke** geschaffen, welcher auch die bisher auf der chirurgischen Station verpflegten Unterschenkelgeschwüre, Erysipele etc. zugeteilt werden, so dafs auch weiterhin etwa 150 Betten für diese Abteilung zur Verfügung stehen. Zum Primärarzt derselben ist der langjährige Assistent von Prof. Neisser, Dr. J. Jadassohn, ernannt worden.

Berichtigung.

Durch ein Versehen ist das Referat S. 332—334 dieses Bandes (Pawloff, Über den Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung des Merkurs im Harne) mit *Lanz-Moskau* unterzeichnet worden. Verfasser dieses Referats ist jedoch Prof. Manssuroff in Moskau. Die Redaktion.

Fig. I.

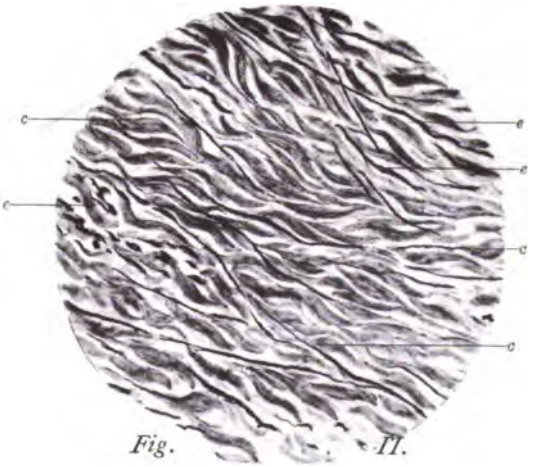


Fig. II.

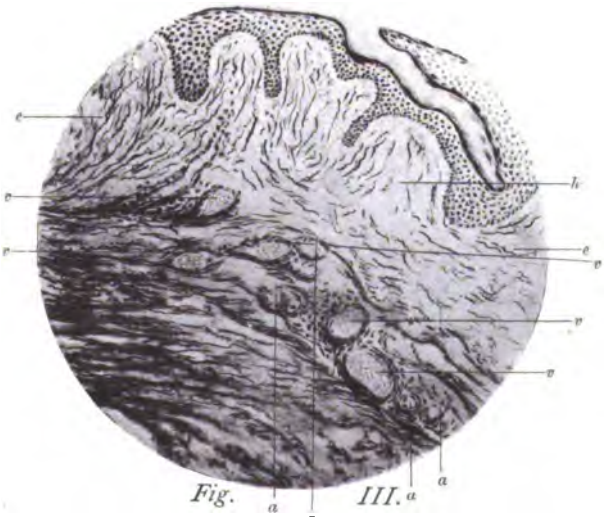


Fig. III.

WILLIAMS: Cutis laxa.

Colhoun fec. Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Sachregister.

Ablösung der Oberschenkelhaut mit nachfolgendem Lymphergufs, traumatische (Solomka) 109.
Abrin 210. 472.
Abscès sudoripares 139.
Abscesse, Multiple (Adler) 311.
Acarus folliculorum beim Hunde 540.
Acinöse Drüsen der Unterlippe, Adenombildung in den (Fränkel) 281.
Achorion Arloingi 104.
— atakton 12. 307.
— dikroon 11. 306.
— euthythrix 11. 305.
— Schönleinii 104. 120; — beim Hunde 540.
Acme Atomizer 293.
Acnitis 142. 462.
Addisonsche Krankheit 296; (Raymond) 479.
Adenitiden, Neue Behandlungsmethoden der (Suchard) 378.
Adenombildung in den acinösen Drüsen der Unterlippe (Fränkel) 281.
Ärzte, Taschenkalender für (Lorenz) 127.
Ärztliches Taschenbuch, Monatseinlagen zu Dr. Drechlers 127.
Affenmenschen 299.
Afterekzem 318.
Ainhum, Über (v. Winckler) 340.
Akne 318; —, Behandlung der (Herzfeld) 117.
— agminata 318.
— cachecticorum 132. 438.
— cornée 66. 319.
— indurata (Hillis) 118.
— necrotica 56. 65. 319; — Fall von (Leven) 17.
— pilaris depilans 319.
— rosacea, Thilanin bei 42.
— varioliformis s. A. necrotica.
Akneförmige Syphilide 547.
Akromegalie 369; — Über die sogenannte (Mosler) 87; (?) 295.
—, Fall von (Litthauer) 254; (Hare) 479.
— und Akromikrie (Stembo) 338.
Aktinomyces bovis 105.
Alexine 474.
Alopecia areata 421; (Barthélemy) 39; (de la Loquerie) 47; (Wermann) 298; Fall von (Blaschko) 47; Zwei geheilte Fälle von (Lassar) 122; Zwei Fälle von (Blaschko) 339.
—; Psychosen und Spermatorrhoe, Wechselseitige Beziehungen von (Crocq) 480.
— furfuracea 422.
— pityrodes 413.
—, Behandlung der (Norrow) 120; mit Jodkollodium, Weitere Beobachtungen über (Chatelain) 251.
Alopecie, Histologische Untersuchungen über (Giovannini) 256.
—; Beitrag zum Studium der (Ferros) 528.
Alopécie peladiforme cicatricielle 422.
Altersveränderungen der elastischen Fasern der Haut (Schmidt) 243.
Ammen, Syphilis der (Speransky) 455.
Ammenasyle in Moskau, Anormale Lage der (Bagdanoff) 458.
Amyloide Degeneration, Histiogenese der (Obrzut) 156.
Anästhesie durch flüssige Kohlensäure, lokale 84.
—, Erzeugung lokaler 168.
—, Diskussion über die Anwendung und die Gefahren des Kokains bei lokaler 552.
Angiokeratom, Fall von (Crocker) 96.
—, Beziehungen des Lymphangioma capillare varicosum zum 169.

Angiom 296.
Angioma cysticum, s. Lymphangioma circumscriptum.
Angioneurose der Handteller und Fufssohlen (Ledermann) 522.
Angioneurotisches Hautödem, Zur Ätiologie des (Bauke) 286.
Angiosklerotische Gangrän (Zoege-Manteuffel) 282.
Annalen des pathologischen und bakteriologischen Instituts zu Bukarest 282.
Anthrax 245.
Antipyrin gegen Erysipel (Foustanos) 335.
Antipyrinexanthem 309, 326, 459.
Antipyrininjektionen, Gangrän nach (Verneuil) 246.
Antisepsis, Betrachtungen über chirurgische (Welch) 244.
—, Innere (Vapelius) 372.
— der Harnröhre (Petit u. Wassermann) 436.
— im Munde, Bedeutung der (Dellevie) 373.
Aphthöse Erkrankung der Vagina, kombiniert mit konsekutivem Erythema multiforme (Neumann) 341.
Argentum nitricum, Bemerkungen über Instillationen mit (Fort) 342.
Argyria urethrae (Feleki) 415.
Aristol 193, über (Heckel) 77.
—, Behandlung der venerischen Geschwüre mit (Güntz) 292.
Arsenik, Ein Stückchen persönlicher Erfahrung über den Wert des (Bulkley) 156.
— als Heilmittel, Wert des (Hutchinson) 373.
—, Keratose der Handteller und Fufssohlen wahrscheinlich durch (Pringle) 109.
— bei Syphilis (Smith) 113.
Arsenikgebrauch, Braunfärbung der Haut nach (Förster) 381.
Arthritis gonorrhoica, Salol bei (Jones) 342.
Arzneiexantheme 73, 79, 109, 157, 247, 263, 309, 326, 327, 459.
Aspergillus fumigatus 105.
Asphyxie, Lokale 246, 285.
— der Extremitäten (Legroux) 460.
Ataxie, Cerebrale (Lewin) 103.
Atlas der Cystoskopie (Burckhardt) 124.
Atrophien der Haut 529.
—, Diffuse idiopathische (Grön) 120.
Atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique (Thibierge) 312.
Aufgesprungene Hände 335.
Augenwimpern, Pediculosis der (Jullien) 312.
Axillardrüsenschwellung nach einer Fingerinfektion (Lewin) 103.
Bacillus coli communis, Fall von Eiterung durch (Muscatello) 371.
— viridans bei Herpes labialis 115.
Bad, Hydroelektrisches monopolares (Appenzeller) 388.
Bärenmenschen 299.
Bärtige Dame (Bartels) 257.
Bakterien des Unternagelraumes, zur Kenntnis der (Preindlsberger) 77.
— in fettreichen Substraten, Färbung von (Arens) 244.
Bakterienextrakte auf den Lymphstrom, Einwirkung der (Gärtner u. Römer) 372.
Bakteriologie, Wandlungen in den pathologisch-anatomischen Anschauungen seit dem Erscheinen der (Baumgarten) 77.
Bakteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyols betreffend (Latteux) 389.
Balanoostiomykosis 102.
Balanoposthitis bei Diabetes (Rosenthal) 102.
— chronica, wie Leukoplasia aussehend (Perrin) 483.
—, Circinäre Form der (Berdal u. Bataille) 482.
Ballonierende Degeneration 49.
Bart, Theorie des 369.
Bartflechte, s. Sykosis.
Beaumès' Gesetz 537.
Behaarter Kopf, s. Kopf.
Behaarung des Menschen, Theorie über die 368.
Bericht der dermato-syphilitischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen 1889 und 1890 (Haslund) 167.
— der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Rudolfstiftung 1890 (Mraček) 167.
— der im Jahre 1890 an der dermosyphilopathischen Klinik zu Pisa zur Beobachtung gelangten Fälle (del Chiappa) 322.
Berliner dermatologische Vereinigung 34, 102, 190, 277, 521.
Blase, Primäres Sarkom der (Bernstein) 46.
— bei Diabetes, Hypertrophie und Dilatation der (Virchow) 300.
—, Zwei Fälle von primärem Medullarkarzinom der (Hottendorff) 300.
—, Photographie der (Kutner) 388.
—, Krankheiten der (Ultzmann) 468.
Blasenbildung in den Narben variköser Geschwüre (Hallopeau) 464.
Blasenstein (Sick) 238; (Goldschmidt) 238.
Blattern, s. Variola.
Blennorrhoe der Harnröhre, s. Gonorrhoe.
Blutinfarkt des Scrotum und Penis (Mansuroff) 241.

Blutkörperchen, Verhalten der Gefäßwand bei der Auswanderung der weißen (Thoma) 371.
Blutserum, Die keimtötende, globulicide und antitoxische Wirkung des (Buchner) 371.
Blutstillende Wirkung des Terpentins (Chapman) 246.
Blutungen in die Haut, s. Purpura.
Blutveränderungen unter dem Einflusse von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten (Bieganský) 205.
Borglyzerinlanolin 107.
Brandwunden, s. Verbrennungen.
Braunfärbung der Haut nach Arsenikgebrauch (Förster) 381.
Bromakne 132.
Bromausschlag 73; — und ringförmige, knotenförmige Syphilide (Taylor) 157.
Brustwarzen, Fissuren der (Vinay) 247; — Ichthyol bei (Öhren) 325.
Bubo, Behandlung mit Chlorzink (Balzer u. Souplet) 482.
Budapester Aerzteverein 72, 73, 414, 415.
Bürste, Lufa als antiseptische (Roberts) 86.
Bukarester Annalen, s. Annalen.

Cacotrophia folliculorum 64, 321, 417.
Carcinom, s. Karzinom.
Cavernitis 83.
Cellularpathologie und Karyokinese (Hansemann) 78.
Cerebrale Ataxie (Lewin) 103.
Cheloid, s. Keloid.
Chemie, Repetitorium der (Arnold) 84.
Chininexanthem 327.
Chininum sulfuricum, Hautauschläge nach (Welch) 79.
Chirurgische Antisepsis, s. Antisepsis.
— Läsionen; Syphilis und deren Beziehung zur Heilung von (Lydston) 251.
Chlornatrium, Einfluß auf die Quecksilberausscheidung im Harn 332.
Chloroformium medicinale Pictet (du Bois-Reymond) 211.
Chlorzink gegen Ulcus molle und Bubo (Balzer u. Souplet) 482.
Cholestearin in der Haut 37.
Chrysarobindermatitis, Thilanin bei 42.
Chylurie durch Filaria sanguinis 160.
Cilien, Über gesunde und kranke (Gundelach) 284.
Circumcision für die Anatomie der Haut der Glans penis, Bedeutung der (Heller) 281; — Einfluß der C. auf die Haut der Glans penis (Heller) 524.
—, Über rituelle und therapeutisch indizierte (Lewin) 523.
Clitoris, Karzinom der (Merkle) 300.
Cnomanie 312.
Coccidium im Krebsgewebe 46; im Molluscum 239.
— oviforme 64.
Colles' Gesetz 537.
Compressor partis membranaceae gegenüber der Urethritis acuta anterior et posterior, Rolle des (Feleki) 122.
Condylomata acuminata, Plumbum causticum in der Behandlung (Tschernomordik) 339.
— lata 532.
Congelatio 313.
Craurosis vulvae (Orthmann) 383.
Cutis anserina 321.
— laxa (Tschernogubow) 76; — (Williams) 490.
Cylinderepithel tragenden Schleimhäuten, Vorkommen von Pflasterepithel in (Derbe) 541.
Cystitis gonorrhoica, Über die (du Mesnil) 386.
— artificialis (Bazy) 483.
Cystoskop für Operationen (Nitze) 159.
Cystoskopie, Atlas der (Burckhardt) 124.

Dampfbäder auf die Schweißreaktion, Einfluß der 403.
Darier'sche Krankheit, s. Psorospermosis follicularis vegetans.
Debilitas extraordinaria cutis 492.
Degeneration, Ballonierende 49.
Dermaphylia spilorica americana 448.
Dermatitis artificialis 318; — nach Resorcin (Ravogli) 157.
— exfoliativa recurrens (Tait) 434.
— exfoliativa neonatorum (Raymond u. Barbe) 415.
— erythemato-eccematoides 416.
— haemostatica (Klotz) 121.
— herpetiformis, s. Hydroa.
— pustulosa (Hallopeau) 415.
— scarlatiniformis 314.
— tuberosa, Eine durch die Darreichung von Jodkalium verursachte Hautaffektion (Walker) 263.
Dermatol (Stierlin) 426; (Rosenthal) 192.
—, Bakteriologisches und Therapeutisches über (Bluhm) 107.
— in der Praxis (Weismüller) 107.
—, Ein Ersatzmittel für Jodoform (Powers) 244.
—, Wundbehandlung mit (Rogner) 246.
—, Behandlung mit (Doernberger) 324.
— bei Ulcus molle (Kracht) 455.
Dermatologie, Moderne (James) 87.
— und Syphilidologie, Klinische Sammlung für IV. (Manssuroff) 239.

Dermatologische Vereinigung in Berlin 34. 102. 190. 277. 521.
— Gesellschaft in Moskau 74.
— Beobachtungen (Jackson) 86.
— Epidemie (Savill) 114.
— Preisaufgabe, s. Preisaufgabe.
Dermatologischer Kongrefs, II. Internationaler 87.
Dermatolysis der Kopfschwarte, verbunden mit Fibroma fungoides am Körper und den Extremitäten bei einem Neger (Lamprey) 253.
Dermatolysis 491.
Dermatomicotis polispilórica 448.
Dermatomykosis circumscripta manus (Manssuroff) 239.
Dermatomyome 185.
—, Multiple (Lukasiewicz) 204.
Dermatosklerosen s. Sklerodermie.
Dermosyphilopathische Klinik zu Pisa, Bericht für 1890 (del Chiappa) 322.
Diabetes, Balanoposthitis bei (Rosenthal) 102; — Zona bei (Vergely) 287.
— mit Dilatation und Hypertrophie der Blase (Virchow) 300.
Diabetische Gangraen. s. Gangrän.
Diphtherie, Immunisierung gegen 474.
Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen, Invasion des Klebs-Löfflerschen (Spronck) 252.
Discomyces 105.
Diseases of the skin; a practical treatise on (Piffard) 424.
Divertikel in der Pars bulbosa urethrae (Róna) 72.
Durchlässigkeit der Haut, Versuche über (Traube-Mengarini) 208.
Dysuria senilis 299.

Ecrouelle cellulaire 144.
Edison-Strom im Sprechzimmer, Weitere Verbesserungen in der Verwendung des (Piffard) 87.
Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe, Abnorme 119; (Steinhaus) 78.
Einteilung der Hautkrankheiten, Vorschlag zu einer neuen (Tommasoli) 262.
Eiterkokken, Immunität gegen das Virus der (Reichel) 371.
Eiterung durch Bacillus coli communis, Fall von (Muscatello) 371.
Eiterungs-Mikroorganismen, ihre Spezifizität, Virulenz, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung (Levy) 78.
Eiweifs im Harne, Empfindliche Reaktion auf (Spiegler) 481.
Eiweifsstoffe, Über die labilen (Nencki) 210.
Ekzem? Was ist (Kromayer) 467.
Ekzembehandlung 124.
—, Physiologische 543.
Ekzeme, Zur Ätiologie der (Brocq) 116. 434; (Bulkley) 294; Bemerkungen über die Diagnose und Therapie der infektiösen Formen der (Eddowes) 158.
—, Rheumatismus und Gicht als ätiologische Momente der (Ohmann-Dumesnil) 158.
Ekzema 196. 245. 307. 317.
— acutum, Thilanin bei 42.
— chronicum, Thilanin bei 42; — Pilokarpin bei 373.
—, Epidemisches 115.
— madidans, Behandlung mit Tumenol 42; mit Höllenstein (Leven) 116.
— marginatum 535.
— papulosum, Eosinophile Zellen im 541.
— pustulo-crustosum, Behandlung mit Kalium dithiocarbonicum 427.
— rubrum 428.
— scabiosum 158.
— seborrhoicum 158. 314; (Elliot) 294; Histologie des 36; — der Lippen und Zunge 317; — Behandlung des 428.
— siccum, Thilanin bei 42.
Ekzembläschen und Impetigopustel, Unterschied zwischen (Unna) 465.
Ekzemflecke, Künstliche (Unna) 413.
Ekchymosen, Entstehung der 371.
Ekthyma 310. 416; Tumenol bei 42.
Elastische Fasern in der Portio vaginalis 209.
— im Netzknorpel und Ligamentum nuchae, Beiträge zur Histiogenese der (Heller) 217; — der Haut, Altersveränderungen der (Schmidt) 243.
Eleidin und Keratohyalin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprozefs (Grofse) 367.
Elektrolyse zur Epilation und Zerstörung von Warzen (Manssuroff) 241; (Dubreuilh) 464.
— und Katalyse (Gräupner) 126.
Elektroskop für die Urethra, neues (Casper) 35.
Elephantiasis 84. 420; — durch lupöse Wucherungen (Lassar) 190.
— Arabum, Zwei seltenere Fälle von (Kremer) 295; — Zur Kasuistik der (Löffler) 295; am Beine, Unterbindung der Arteria femoralis; Heilung; später Phlebitis mit Thrombosis; Tod (Park) 336.
— congenita hereditaria, ein Fall von (Nonne) 295.
— mollis 76.
Entartungsriesenzellen 137.
Entzündung, Beiträge zur vergleichenden Pathologie der (Metschnikoff) 540.
—, Kern- und Zellteilung während der (Eberth) 540.

Enzyme 210.
Eosinophile Zellen in der Haut 541; Mitosen an (Müller) 39.
Epidemie, Dermatologische (Savill) 114.
Epidermidophyton gallinae 104.
— Lang 105.
Epidermin als Vehikel zur Aufnahme verschiedener Medikamente (Kohn) 542.
Epidermis, Zellteilung in der menschlichen (Hansemann) 469.
Epidermisbildung auf der Schleimhaut der Harnwege (Marchand) 340.
Epididymis, Gummata der 292.
Epididymitis, Bemerkung zur Behandlung der (Alexander) 160.
—, trockener Umschlag bei (Brewer) 260.
— gonorrhoica suppurativa (Eraud) 459.
Epilation auf elektrolytischem Wege (Dubreuilh) 464.
Epilieren und dessen Wirkungsgebiet in dermato-therapeutischer Beziehung (Zeisler) 157; — durch Elektrolyse (Manssuroff) 241.
Epithelialkarzinom nach Trauma (Niquet) 297.
Epithelioma 71; (Duhring) 427.
— folliculare cutis, ein Beitrag zur Geschwulstlehre (Israel) 479.
— multiforme 533.
— traumaticum (Christiani) 339.
— contagiosum 63. 68. 86. (Manssuroff) 239.
Epithéliome perlé 533.
Epithelzellen, Protoplasmafaserung der (Kromayer) 323.
Erektionen beim Tripper 123.
Erfrierung, s. congelatio.
Eruptio aestivalis bullosa, Fall von (van Dort) 185.
Erwiderung an Dr. Ziemssen in Wiesbaden (Berliner) 85.
Erysipel, Kasuistische Beiträge zur Verbreitung des (Stumpf) 478.
Erysipelas 245.
—, Erreger des (Jordan) 238.
—, Einfluſs auf bösartige Geschwülste (Coley) 253.
—, Einfluſs der vasomotorischen Störungen auf die Entwickelung des 252.
—, Behandlung des (Sachs) 118; (Nikolski) 252; (Cavazzani) 335; — mit Antipyrin (Foustanos) 335; mit Kreolin innerlich 372.
—, Heilung eines rezidivierenden (Lavrand) 253.
— faciei, kompliziert mit Diphtherie (Grigorasch) 295; — faciei, kompliziert mit Typhus abdominalis (Eisendraht) 435.
—, Mechanische Behandlung des (Kröll) 434.
Erysipelas des Pharynx und Larynx (Hall) 435.
Erysipel- und scharlachähnliche Ausschläge, Simulation von (Boucherau und Vigenaud) 247.
Erythem und Lupus vulgaris 237.
Erythema exsudativum multiforme 198. 309. 313; (Rosenthal) 35; (Duhring) 109.
—, willkürliche Erzeugung des (Lewin) 104.
—, Aphthöse Vaginalerkrankung, kombiniert mit consekutivem (Neumann) 341.
— hydroa 199. 313.
— keratodes der Handteller und Fuſssohlen (Brooke) 89.
— labialis 313.
— marginatum 152.
— nodosum 200.
— papulosum 43. — und Granuloma fungoides 73.
— scarlatiniforme 197.
— solare 190. 309. 367.
— tuberculosum 83.
— vacciniforme syphiloides 533.
Erythrasma 535.
Erythrodermia exfoliativa 316.
Erythromelalgie (Morel-Lavallée) 73.
Euphorine, Antiseptische Wirkung (Oliva) 324.
Europhen (Rosenthal) 192; Betrachtungen über (Gilbers) 542.
— bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten (Szoldrski) 77.
— bei Verbrennungen (Siebel) 326; — bei venerischen und syphilitischen Geschwüren (Migneco) 379.
— bei Syphilis, Subkutane Einspritzungen von (Gaudin) 547.
Extragenitale Syphilisinfektion, s. Initialsklerose.

Fadenpilze bei Hautkrankheiten 105. 152.
Farbenwechsel der Haare 369.
Farbstoffe, Verhalten pathologischer Zellbildung gegen intensive (Clemens) 261.
Farcinose s. Malleus.
Fakir, Geheimnis des 551.
Fasern, Elastische, s. Elastische Fasern.
Favus (Duhring) 427; Fall von (Havas) 73.
— im Gesicht (Rossi) 120; -Infektion durch die Hauskatze (Dubois-Havenith) 340; — beim Hunde 540.
—, Behandlung des (Strelzoff) 121; (Esteves) 480.
— circinatus (Dubreuilh u. Sabrazès) 464.

Favus griseus 11. 305.
— sulfureus tardus 12. 306.
— celerior 12. 307.
Favusarten, Drei (Unna) 1.
Favuspilze 1. 104. 303; (Neebe) 466.
Fermente, Lösliche 211.
Fettabsonderung auf die Haut, Verteilung der normalen (Arnozan) 426.
Fibroma fungoides am Körper und den Extremitäten eines Negers, Dermatolysis der Kopfschwarte, verbunden mit (Lamprey) 253.
— molluscum 76.
Fibrosarkome der Haut (Langenbuch) 311.
Filaria sanguinis 276; — hominis, zwei neue Fälle von (Haughter) 160.
Fingerinfektion, Axillardrüsenschwellung nach einer (Lewin) 103
Fissuren der Brustwarzen (Vinay) 247.
Fistula ani 141.
Flora dermatologica (Frank und Unna) 303.
Folliclis 142. 462.
Folliculitis 142. 320.
— exulcerans 143. 462.
— pilaris profunda 256.
— agminata 319.
— depilans der unbehaarten Teile (Arnozan) 465.
Französische Gesellschaft für Dermatologie in Paris 38. 73. 311. 415. 458. 460. 461. 526.
Frostbeulen, s. Perniosis.
Furunkel 132. 245.
Fufssohlen, Angioneurose der 522.

Gallacetophenon (Rosenthal) 193.
— als Ersatz des Pyrogallols (v. Rekowski) 79.
—, Ein neues dermato-therapeutisches Medikament (Goldenberg) 324.
Galvanischer Leitungswiderstand, s. Leitungswiderstand.
Gangrän bei Kindern (Graucher) 285.
—, Diabetische (Partsch) 238.
—, Partielle, nach Antipyrininjektionen (Verneuil) 246.
—, Angiosklerotische (Zoege-Manteuffel) 282.
—, Symmetrische, u. Syphilis (Elsenberg) 285.
Gaumen, Periostitis syphilitica des harten (Abutkoff) 113.
Gefäfswand bei der Auswanderung der weifsen Blutkörperchen, Verhalten der (Thoma) 371.
Geheimnis des Fakirs 551.
Gehirnsyphilis 102.
Genitalien, Mangelhafte Entwickelung der weiblichen (Ferrari) 383.
Geschlechtskrankheiten u. Hautkrankheiten, Typen von (Graetzer) 83.
—, Wesen, Behandlung, Schutz vor denselben, Gefahren der (Neuhaus) 125.
Geschwür, s. Ulcus.
Gesichtserysipel, s. Erysipelas.
Gletscherbrand 366.
Gliomatose, s. Syringomyelie.
Gonococcus mittelst des Plattenverfahrens, Reinzüchtung des (Wertheim) 123.
— auf der Platte und in Reinkultur (Gebhard) 386.
Gonorrhoea 83.
—, Gegen Erektionen bei der 123.
— beim Manne, Einige Bemerkungen über die Diagnose der (Alexander) 123.
— der Sexualorgane und ihre Komplikationen (Finger) 124.
— des Weibes, Endoskopische Beiträge zur Lehre der (Janowsky) 163.
—, Zur Kasuistik der (Grofs) 261.
— anterior acuta et subacuta, Neue Salbenspritze zur Behandlung (Tommasoli) 161.
— acuta anterior et posterior, Rolle des Compressor partis membranaceae gegenüber der (Feleki) 122.
— chronica 481; Beitrag zur Behandlung der (Schwengers) 97.
— rectalis (Frisch) 261.
Gonorrhoe, Behandlung der 301; (Allen) 261; (Czempin) 386. — mit Heidelbeersaft 261. 294.
—, Behandlung der chronischen (Philippson) 282. 302; — mit Instillationen von Argentum nitricum (Fort) 342.
Gonorrhoische Arthritis, Salol bei (Jones) 342.
— Harnblasenentzündung (du Mesnil) 386.
— suppurative Epididymitis (Eraud) 459.
— Vaginitis bei erwachsenen Frauen? Giebt es eine (Welander) 206.
Gonorrhoischer Rheumatismus, Folgezustände und Behandlung (Brodhurst) 160.
Granuloma fungoides 533; (Philippson) 237; (Tenneson) 415; (Hallopeau und Barié) 527.
— und Erythema papulosum 73.
—, Forme érythrodermique généralisée des (Hallopeau und Jeanselme) 312.
—, Histologie des (Philippson) 527.
Gregarinen 68. 239.
Gummata am Orte ihres Sitzes verursachten Störungen, Über die durch die syphilitischen (Ozenne) 216.
Gummata des Biceps brachialis, der Niere und Epididymis mit Vortäuschnng maligner Tumoren (Kreider) 292.

Gummigeschwülste, Behandlung mit Aristol 292.
Gummöse Geschwüre (Lewin) 279.
— Meningitis (Lewin) 522.

Haar, Silberfarbiges (Ornstein) 48.
Haarausfall mit Schuppung, progressiver (Unna) 413.
Haare, Reaktion der 355.
— und Haut des Menschen, Über das Wachstum der (Schein) 367.
—, Farbenwechsel beim Hermelin 369.
—, Nachlese zu Erdls u. Waldeyers Untersuchungen über die (Reeker) 469.
Haarentfernung, s. Epilation.
Haarwechsel bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen, Zur Kenntnis des (Garcia) 242.
Haemangioma capillare varicosum keratoides, s. Angiokeratoma.
Hämatangioma dermo-papillare s. Lymphangioma.
Hämatologie der an Lues hereditaria und Rhachitis leidenden Säuglinge, Einige Daten zur (Schiff) 432.
Hämatologische Mitteilungen, Klinisch- (Neufser) 541.
Hämophilie bei einem Kinde (Demme) 286.
Hämorrhagische Diathese bei Sarkom (Roth) 46.
Hämorrhagisches Exanthem nach Jodsalzen (Höning) 326.
Hände, Zur Desinfektion der (Preindlsberger) 77.
Hall in Oberösterreich, Bad (Rabl) 83.
Hamburger ärztlicher Verein 237. 281. 359. 413. 465.
Handteller, Angioneurose der 522.
Harnblase, s. Blase.
Harnblasenentzündung, s. Cystitis.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnröhrenstriktur, s. Striktur.
Harnsaure Diathese, Behandlung der (Alafberg) 481.
Haut, Osmierung der normalen (Ledermann) 36; (Heller) 103.
—, Versuche über die Durchlässigkeit der (Traube-Mengarini) 208.
— in physiologischer, diätetischer und therapeutischer Beziehung (Kühner) 282.
—, Einfluss des Lichtes auf die (Hammer) 366.
— und Haare des Menschen, Über das Wachstum der (Schein) 368.
—, Verteilung der normalen Fettabsonderung auf die (Arnozan) 426.
Hautablösung des Oberschenkels mit nachfolgendem Lymphergufs, Traumatische (Solomka) 109.
Hautatrophie, Diffuse idiopathische (Grön) 120.
Hautfarbe des Menschen und der Säugetiere (Schwalbe) 369.
Hauthörner (Lewin) 36.
Hautkrankheiten, Behandlung mit Tumenol (Neisser) 41; Moderne Behandlung der (v. Hebra) 124.
—, Wert des Mikroskops bei der Diagnose und Behandlung von (Ohmann-Dumesnil) 216.
—, Vorschlag zu einer neuen Einteilung der (Tommasoli) 262.
—, Französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuches der (Besnier u. Doyon) 193. 313. 417. 529.
—, Einige der gewöhnlichsten Irrtümer bei der Diagnose von (Zeisler) 387.
— des Hundes (Müller) 540.
—, Illustrationen zu einigen 126.
— und Psorospermien (Hutchinson) 63.
— und Geschlechtskrankheiten, Typen von (Graetzer) 83.
—, Einige Anhaltspunkte bei der Diagnose von (Ohmann-Dumesnil) 168.
—, Physiologische Behandlung einiger (Semmola) 543.
— zu Breslau, Kgl. Klinik für 552.
Hautnerven, Lokalisieren von Medikamenten in der Umgebung der sensiblen (Corning) 168.
Hautödem, s. Oedema.
Hautpigment, s. Pigment.
Hautresorption, Zur Lehre von der (Winternitz) 40. 425; (Sobieranski) 208.
Hauttransplantation, s. Transplantation.
Hauttuberkulose, s. Tuberkulosis.
Heidelbeeren 261; — Therapeutischer Wert der (Pel) 294.
Heifsluftbäder auf die Schweifsreaktion, Einfluss der 403.
Hemiatrophia facialis 298; — progressiva (Jankau) 298.
Hereditäre Syphilis, s. Syphilis hereditaria.
Herpes 313.
— Iris 35. 43. 313.
— genitalis 313.
— tonsurans, s. Trichophytia.
— zoster, s. Zona.
— circinatus 105. 412.
— labialis, Neuer Bacillus (Bacillus viridans) bei (Symmers) 115.
— circinatus favicus (Dubreuilh u. Sabrazès) 464.
Hoden, Geschwülste der Scheidenhäute und ihre Behandlung und Diagnose (Herfarth) 383.
Honolulu, Briefe aus (Lutz) 34. 152. 275.
Hordeolum 311.

Hornschicht, Reaktion der 356.
Hühnerfavus 104.
Hund, seine Krankheiten und ihre Behandlung (Müller) 540.
—, Roter 310.
Hyaline Degeneration, Farbenreaktionen der (Kamocki) 156.
Hydradenoma 185.
Hydradenitis destruens suppurativa (Pollitzer) 129; (Dubreuilh) 462.
Hydrargyrum sozojodolicum bei Rupia syphilitica (Gaudin) 547.
Hydroa 35. 86. 199. 412. 415.
— infantum 308.
—, Varietas pustulosa et vegetans der (Wickham) 312.
Hydrodermie 458.
Hydroelektrisches (monopolares) Bad (Appenzeller) 388.
Hydrosadenitis phlegmonosa 139.
— scrophulosa 144.
Hyperidrosis 427.
— nasi, Reaktion der 352.
Hypertrichosis auf pigmentierter Haut (Joseph) 382.
Hyphomyceten, Zur Untersuchungstechnik der (Unna) 243.
Hysteria et Herpes zoster, Beziehungen zwischen 365.
Hystero-Syphilis (Fournier) 39.

Jahresbericht, s. Bericht.
Ichthyol (Charles) 106. 156.
— bei wunden Brustwarzen (Öhren) 325; — bei Variola 327.
— betreffend, Bakteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des (Latteux) 389.
Ichthyosis 417. (Goldzieher) 278.
— foetalis, Abgeschwächte (Hallopeau u. Watelet) 459; (Bar) 460.
— hystrix 417.
— sebacea cornea 66.
Jiricua 448.
Ikterus bei Karbolverband (Landau) 247.
Illustrationen zu einigen Fällen aus Gardens dermatologischer Klinik 126.
Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Diphtherie (Behring u. Wernicke) 474; — bei Tetanus (Behring) 474.
Immunität gegen das Virus der Eiterkokken (Reichel) 371.
— durch Vererbung und Säugung (Ehrlich) 472.
Immunitätsfrage, Forschungsmethoden in der (Buchner) 474.
Impetigo herpetiformis (Dubreuilh) 416.
Impetigopustel und Ekzembläschen, Unterschied zwischen (Unna) 465.
Impfsyphilis (Rosenthal) 332; (Peter) 522.
Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik (Schulz) 127.
Impfungen mit Stoffwechselprodukten des Staphylococcus flavus 108.
— mit Staphylokokkenkulturen (Reichel) 238.
Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlecht, Sexuelle (Hammond) 539.
Infektionskrankheiten, Vererbung von (Wolff) 470.
Inguinalbubonen, Abortivbehandlung der (Blaschko) 301.
Initialsklerose in der Hüftgegend (Róna) 72.
—, Intraurethrale (Krefting) 112; (Grünfeld) 411.
—, Extragenitale, durch Rasieren (Nikolsky) 113.
— der Genitalien des Weibes (Taylor) 293.
—, Excision der 416; (Humbert) 73; (Ehlers) 125; (Pollitzer) 379; (Renault) 432; (Taylor) 433.
—, Paquelinisierung der (Lassar) 192.
—, Behandlung mit Aristol 292.
Inosis dermica (Manssuroff) 239.
Inspissation, Nekrose mit 41.
Internationaler dermatologischer Kongreſs in Wien 87.
Intertrigo 310.
Inversio vesicae urinariae congenita, Fall von (Bidder) 342.
Jodkalium, Dermatitis tuberosa nach (Walker) 263.
Jodkaliumexanthem 327.
Jodkollodium gegen Alopecie 251.
Jododerma tuberosum 263.
Jodoformdermatitis, Beitrag zum Kapitel der (Hahn) 326.
Jodoformschwamm in der Kinderpraxis (Mettenheimer) 373.
Jodsalze, Hämorragisches Exanthem nach (Höning) 326.
Juckreiz, Aufserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des (Klein) 210.
Juckstillende Wirkung des Tumenols 42.
Irrtümer bei der Diagnose von Hautkrankheiten, Einige der gewöhnlichsten (Zeisler) 387.

Kalium-Dithiokarbonat in der dermatologischen Therapie (Tommasoli und Vicini) 427.
Kane 154.
Kankroid der Wange bei Lepra tuberosa 32.
Kankroidbehandlung mit Injektionen von Kaliumhydrat (Rossander) 381.
Kankroin 339.

Kapilläre Lymphangiome s. Lymphangioma.
Karate 448.
Karbolmethylenblau-Methode, Eine neue (Pregl) 209.
Karbolverband, Ikterus bei (Landau) 247.
Karbunkel 245.
—, Exstirpation des (Riedel) 253.
—, Behandlung mit Kreolin innerlich 372.
Karyokinese u. Cellularpathologie (Hansemann) 78.
Karzinom, Relationen der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harne bei (Töpfer) 381.
—, Untersuchungen über die parasitäre Natur des 71. (Duplay und Cazin) 46.
—, Untersuchungen über (Adamkiewicz) 339.
—, Einschlüsse im Epithel des (Ribbert) 119.
— und Tuberkulose, im Anschluſs an primären Prostatakrebs (Berger) 248.
— nach Trauma 297, 339.
— der Prostata, Primäres (Gutmann) 300; (Toquart) 341.
— der Clitoris (Merkle) 300.
— der Urethra (Witzenhausen) 300.
— der Harnblase, Medulläres (Hottendorff) 300.
—, Behandlung mit Lysol innerlich 373.
Karzinomgewebe, Übertragungsversuche mit (Fischel) 254.
Katalyse und Elektrolyse (Gräupner) 126.
Kehlkopfkrankheiten, Europhen bei (Szoldrski) 77.
Keloidakne 318.
Keratodermie 458; der Hände und Füſse, Symmetrische 417.
Keratohyalin 323, 363.
— und Eleidin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprozeſs (Groſse) 367.
Keratoma hereditarium 417.
Keratosen bei konstitutioneller Syphilis, Zur Kasuistik der (Engel-Reimers) 547.
— der Handteller und Fuſssohlen (Brooke) 89; durch Arsenik (Pringle) 109; (Crocker) 115.
Keratosis follicularis 63. 66. 161.
— pilaris, s. Ulerythema ophryogenes.
Kern- und Zellteilung während der Entzündung und Regeneration (Eberth) 540.
Kernformen in den Zellen der Milz und ihr Verhältnis zur mitotischen und amitotischen Teilung, Untersuchungen über die biologische Bedeutung der von Arnold beschriebenen (Reinke) 242.
Kettenbazillen des weichen Schankers 489.
Klauen- und Maulseuche, s. Stomatitis epidemica.
Knochentumoren 34.
Koagulationsnekrose oder Nekrose mit Inspissation? (Weigert) 41.
Kochsche Lymphe, s. Tuberkulin.
Körperhöhlen, Photographie der, s. Photographie.
Kohlensäure zur Erzeugung lokaler Anästhesie, Flüssige 84.
Kokain bei lokaler Anästhesie, Diskussion über die Anwendung und die Gefahren des 522.
Kokainvergiftung, Nachhaltende Form der akuten (Hallopeau) 550.
Kolloide Degeneration, Histiogenese der (Obrzut) 156.
Komedonen an der Glans und an der Cutis penis (Lang) 411.
Kondylom, s. Condyloma.
Kongreſs (XI.) für innere Medizin 127.
Konzeptionelle Syphilis 536. 537.
Kopf, Krankheiten des behaarten (Schiff) 543.
— und Stirnhaut, Verlust der (Sick) 237.
Kopfhautwunden ohne Naht, Behandlung der (Delassus) 428.
Krätze, s. Scabies.
Krampfadergeschwüre, s. Ulcus.
Krankenhaus-Bericht, s. Bericht.
Krao 299.
Krebs, s. Karzinom.
Kreolin innerlich gegen Erysipel, Phlegmone, Karbunkel und Ulcus cruris 372.
Kuhpockenimpfung, Fall von zufälliger (Sympson) 212.

Landkartenzunge, Chromsäure bei 46.
Lanolin in der Haut 37.
—, Braunes, geschwefeltes (Saalfeld) 42.
Larynxtuberkulose mit Milchsäure, Behandlung der (Weed) 331.
Laus und ihre Mundteile (Meinert) 480.
Leberthran gegen Lupus 331.
Leistenhoden und seine sarkomatöse Entartung (Emoan) 301.
Leitungswiderstand bei Sklerodermie, Verhalten des galvanischen (Eulenburg) 255.
Lepocolla repens 105.
Lepra 87. 532. Coltman) 44; (Strelzoff) 121; (Laurent) 543.
— und Syphylis 30.
— und Tuberkulose 31.
— und Leprakranke (Ohmann-Dumesnil) 44.
— in Minnesota (Gronoold) 44; in Indien (Thwing) 44; — in Japan; Zwischenwirtthätigkeit bei deren Fortpflanzung (Ashmead) 80; — auf

Madeira (Goldschmidt) 82; — in Norwegen (Hansen) 287; — auf Kreta (Biliotti) 287; — am Kap der guten Hoffnung (Simons) 289; — in Neubraunschweig (Tache) 398; — unter den Maoris (Ginders) 378; — in Ägypten 430; — in Neukaledonien (Legrand) 431.
— und das Leprahospital auf Trinidad, Bericht vom Jahre 1889 (Rake) 111.
—, Spätes Erscheinen der (Hallopeau) 461.
— anaesthetica (Manssuroff) 239.
—, Entzündung der Nerven bei (Marestang und Combemale) 213.
—, Beziehung zwischen Hautflecken und der Nervenerkrankung bei der (Gerlach) 213.
—, Ätiologie der (Hansen) 544.
— mutilans in Südamerika, Bemerkungen über (Hicks) 214.
— kontagiös? Ist die (Dixon) 290; — Kontagiosität der (von Bergmann) 544.
— und die Tuberkulinbehandlung (Abraham) 375; (Cheyne) 376. — im Stadtkrankenhause zu Fellin (Schwarz) 545.
Leprabazillus 44. 80. 111. 121. 213. 240. 287. 291. 375. 376. 378. 544. 545.
Leprafrage, die (Ohmann-Dumesnil) 80.
Leprakolonie auf Robben Island, Geschichte der (Dixon) 290.
Leprapanik (Ohmann-Dumesnil) 81.
Lepreux, Voyages chez les (Zambaco) 126. 430.
Leukaemia cutis 118. 541.
Leukoderma (Lewin) 522.
— syphiliticum 361; (Rosenthal) 191.
Leukokeratosen 534; des Mundes und der Vulva, Nutzen frühzeitiger Operation bei (Perrin) 252.
Leukoplakie, Heidelbeeren gegen (Pel) 294.
Leukoplasie und Vitiligo (du Castel) 460.
Lichen 195; durch Pediculosis 285.
— ruber acuminatus und Pityriasis (Neumann) 203.
— ruber planus 195. 280. 316; (Jacquet) 39. 73. 416. 461; (Hallopeau) 312; (Kaposi) 411; bei einer Negerin (Thibierge) 39; (Thibierge und Leredde) 337; Behandlung mit lauwarmen Duschen (Jacquet) 312; mit diffusen Erythemen und pemphigusartigen Blasen (Kaposi) 411.
— ruber planus miliaris acutus, 2 Fälle von (Dubreuilh und Sabrazès) 478.
— scrophulosorum, Anatomie und Pathogenie des (Sack) 437.
— tropicus 310.
Lichenifikation der Haut (Brocq) 286.
Licht auf die Haut, Einfluſs des (Hammer) 366.
Lingua geographica, Chromsäure bei 46.
Lipochrome 37.
Lipome 276.
Lippe, Ekzema seborrhoicum der 317.
Lippenulceration (Troisier) 39.
Liquor carbonis detergens 475.
Lufa (Roberts) 86.
Lupöse Wucherungen, Elephantiasis durch (Lesser) 190.
Lupus 83. 87. (Besnier und Doyon) 531; (Piffard) 111.
— der Nase und Schleimhäute 214; — der Wange (Arnozan) 379; — der Brust, Schulter, beider Backen, des Halses und des linken Armes (Sonnenburg) 215.
— und Erythem 237; — und Syphilis, Mischform von (Besnier) 462.
— des Pharynx, Fall von primärem (Wright) 331.
— vulgaris disseminatus im Anschluſs an akute Exantheme, 2 Fälle von (Philippson) 546.
—, Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung von skrofulo-tuberkulösen Produkten, sowie namentlich von (Leloir) 546.
— scarlatiniformis seu exanthematicus generalisatus (Besnier) 461.
—, Behandlung des (Brooke) 145; mit Tuberkulin (Hallopeau) 38; (Haslund) 112; (Krause) 214; (Elsenberg) 248; (Pospelow) 455. — (Kramer) 331.
— mit Kalium dithiocarbonicum 427.
— mit Auskratzen (Brocq) 311.
— mit Leberthran (Zilgien) 331.
— erythematosus, s. Ulerythema centrifugum.
— exanthematicus in multiplen Herden (Hallopeau) 38
Lymphangioma 535. (Schlange-Schleich) 253. (Sultan) 337; — über die kapillären (Török) 169.
— circumscriptum (Thibierge) 39; (Hartzell) 338.
—, Beitrag zum Studium des (de Smet und Bock) 47.
— capillare varicosum zum Angiokeratoma, Beziehungen des (Török) 169.
— cavernosum 173.
Lymphdrüsenaffektionen bei Lepra 31.
Lymphdrüsenentzündungen bei Ulcus molle (Gamberini) 284.
Lymphe, Kochsche, s. Tuberkulin.
Lymphergufs nach traumatischer Ablösung der Oberschenkelhaut (Solomka) 109.
Lymphodermia perniciosa 541.
Lymphome, Leukämische 118.

Lymphosarkome 118; Beiträge zur Lehre der (Dreschfeld) 118.
Lymphstrom, Einwirkung des Tuberkulins und anderer Bakterienextrakte auf den (Gärtner und Römer) 372.
Lysol innerlich gegen Karzinom 373.

Machau 240.
Mal de Pinto (Lier) 448.
Mal della mosca 336.
Maladies de la peau avec un abregé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses; traitement des (Brocq) 423.
Malleus, Chemische Bakteriologie des (Sabouzaud) 461.
—, Fall von chronischem (Neifser) 550.
Malum perforans (Goldscheider) 298.
Mamma, Überzählige (Neumann) 412.
Mariésche Krankheit, s. Akromegalie.
Masern, s. Morbilli.
Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparates von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen im Dünndarm, Über syphilitische (Hahn) 293.
Mastdarmgeschwüre, Über die sogenannten syphilitischen (Nickel) 293.
Mastdarmstrikturen, Exstirpation syphilitischer (Quénu) 332.
Mastdarmtripper, s Gonorrhoea rectalis.
Maulseuche, s. Stomatitis epidemica.
Medullarkarzinom der Harnblase (Hottendorf) 300.
Melanodermie mit Pigmentation der Mundschleimhaut bei Phthiriatikern (Thibierge) 257.
Melanosarkoma der Haut, Alveolares (Petrini und Babes) 283.
— carcinomatodes (Seedorf) 296.
Meningitis basalis gummosa (Lewin) 522.
Menstruation, Beziehungen des atypischen Herpes zoster zur 364.
Mercur, s. Quecksilber.
Methylenblau-Methode, Eine neue (Pregl) 209.
Mexiko, Brief aus (Lier) 447. 516.
Michelson, Paul † 48.
Mikroorganismen der Eiterung, ihre Spezifizität, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung (Levy) 78.
— der normalen Harnröhre des Mannes (Wassermann) 436.
— der Mundhöhle, Die pathogenen (Sanarelli) 483.
Mikroskop bei der Diagnose u. Behandlung von Hautkrankheiten, Wert des (Ohmann-Dumesnil) 216.
Mikrosporon Audouini 105.
Milchsäure gegen Larynxtuberkulose (Weed) 331.
— in Stäbchenform, Anwendung der (Zippel) 475.
Miliaria rubra 310.
Milz, Arnoldsche Kernformen in den Zellen der 242.
Milzbrand 471.
Molluscum contagiosum, s. Epithelioma contagiosum.
Morbilli, Verbreitung in der Schweiz (Feinberg) 213.
—, Mehrere Fälle von nacheinander erfolgter Erkrankung von Scarlatina und (Northrup) 247.
Morbus Addisonii (Raymond) 479; mit Atrophie der Nebennieren, Fall von (Roloff) 296.
Morphoea 418. 420.
Morvansche Krankheit, s. Syringomyelie.
Moskauer dermatologische Gesellschaft 74. 453.
Mundhöhle, Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen der (Sanarelli) 483.
Mundseuche, s. Stomatitis epidemica.
Muskelsyphilis, Fall von (Köhler) 379.
Mutterwarzen 297.
Myelom 118.
Mykosis des Pharynx (Hemenway) 435.
— fungoides, s. Granuloma fungoides.
Myocarditis syphilitica (Nékám) 73.
Myome der Haut 534.
Myrrhenlösung, Neue konzentrierte (Flügge) 475.
Myxödem 420.
—, Beteiligung des Nervensystems beim (Whitwell) 435.

Nägel, Reaktion der 355.
Nägeldystrophie bei Polydactilitis suppurativa (Hallopeau) 463.
Nagelerkrankungen bei Ekzema seborrhoicum 317.
Naevus 534.
— verrucosus unius lateris, Fall von (Müller) 203.
—, Ausgedehnter behaarter (Ornstein) 299.
— piliferus pigmentosus (Joseph) 382.
Nasenkrankheiten, Europhen bei (Szoldrski) 77.
Nasensyphilis 77. 86. 293.
Nebennierenatrophie bei Morbus Addisonii 296.
Nekrose mit Inspissation oder Koagulationsnekrose? (Weigert) 41.
Neurodermitis 312.
Neurasthenie und Varicocele (Wiederhold) 260.

Nierenchirurgie, Beziehungen der Syphilis zur (Israel) 250.
Nierengummata 292.

Oberhaut, Reaktion der 352. 409. 501.
—, Pigment der 362.
Oberhautzellen, Über die Bildung des Pigments in den (Jarisch) 362.
Oedema acutum circumscriptum 326; Zur Ätiologie des akuten angioneurotischen (Bauke) 286.
Ohr, Syphilis des äufseren (Rupp) 112.
Onychomykosis 476.
Operationscystoskop (Nitze) 159.
Operationstisch und Untersuchungsstuhl für dermatologische und urologische Zwecke (v. Sehlen) 363.
Orchitis, 46 Samenuntersuchungen im Verlaufe doppelseitiger (Balzer und Souplet) 528.
— gummosa (Lewin) 279.
Osmierung der normalen Haut (Ledermann) 36; (Heller) 103.

Pachyakrie, s. Akromegalie.
Pachydermie, Pilokarpin bei 373.
— sous-lymphangiomateuse 173.
Pagetsche Krankheit 63. 69. 534.
Pannus careatus 448.
Papayotin 211.
Papillomatose, Allgemeine (Quinquaud) 458.
Paraplegien, Beitrag zum Studium der syphilitischen (Boulloche) 81.
Parasiten, welche vom Tiere auf den Menschen et vice versa übertragbar sind, Pflanzliche nicht-mikrobische (Blanchard) 104.
Pars bulbosa urethrae, Divertikel in der (Róna) 72.
Pasta cerata (Schleich) 156.
— (Tittelbach) 374.
Pathologisch-anatomische Anschauungen seit dem Erscheinen der Bakteriologie, Wandlungen in den (Baumgarten) 77.
Pediculosis 285; der Augenwimpern (Jullien) 312. 459; (de la Tauche) 416.
Pediculus und seine Mundteile (Meinert) 480.
Pelade, s. Alopecia areata.
Pellagra, Eosinophile Zellen bei 541.
Pemphigoide Affektion der Haut und Polyneuritis bei einem Tabetiker, hervorgerufen durch das Trichophyton tonsurans (Bonome) 476.
Pemphigusartiger Ausschlag nach Antipyrin (Petrini) 459.
Pemphigus 201; eosinophile Zellen im 541.
—, Bemerkungen und Betrachtungen über 2 Fälle von (Sormani) 336; der Mundhöhlen- u. Rachenschleimhaut (Mandelstamm) 116.
— foliaceus (Besnier) 460; — und allgemeine Papillomatose (Quinquaud) 458; — malignus; Tod. (Munro und Swarts) 114; — der Mundschleimhaut 412.
— traumaticus, Fall von (Phillips) 42.
— vegetans 312; (Haslund) 118; (Hyde) 159,
Penis und Scrotum, Blutinfarkt des (Manssuroff) 241.
—, Fall von Hypertrophie des (Smith) 122.
Penisgicht (Smyth) 482.
Pental in der chirurgischen Praxis (Rogner) 168.
Pepsin 211.
Perifolliculitis 142.
Periostitis syphilitica des harten Gaumens (Abutkoff) 113.
Peritonitis bei Lepra 32.
Periurethraler Abscefs 83.
Perniosis, Ulcerierte 428.
Peroneuslähmung nach intramuskulärer Einspritzung (Lewin) 279.
Pefs 240.
Pest, Über die (Proust) 110.
Pflanzenalbuminosen 210.
Pflaster und Salben, Gestrichene (Philippson) 281.
Pflasterepithel in Cylinderepitel tragenden Schleimhäuten, Vorkommen von (Derbe) 541.
Phagozytenlehre 474.
Pharmakologie, Vorlesungen über (Binz) 84.
Pharyngo-Mykosis (Hemenway) 435.
Phenylurethan, s. Euphorine.
Phlegmone, Behandlung mit Kreolin innerlich 372.
—, Behandlung schwerer (Helferich) 478.
Photographie innerer Körperhöhlen, ins besondere der Harnblase und des Magens (Kutner) 388.
Photoxylin mit Europhen 193.
Phthiriatiker, Pigmentation der Mundschleimhaut bei (Thibierge) 257.
Pigment bei den Amphibien, Zur Kenntnis von der Entwickelung u. Wanderung des (Ehrmann) 361.
Pigment, Entstehung des blauen 516.
Pigment im Epithel 37.
— der Haut, Gefärbtes und ungefärbtes 155.
— in der Oberhaut des Menschen, Verhalten des (Halpern) 162.
— in den Oberhautzellen, Bildung des (Jarisch) 362.

Pigmentanomalien (Philippson) 359.
Pigmentation, Tättowierung und deren Anwendung zur Deckung mangelhafter oder fehlender (Paschkis) 543.
— der Mundschleimhaut bei Phthiriatikern (Thibierge) 257.
Pigmentsarkom der Haut, beginnend an den Extremitäten (Petrini u. Babes) 283.
Pigmentsyphilid (Renault) 73; (Hudelo) 461.
Pigmentverschleppung aus der Haut, Bemerkungen über (Jadassohn) 164. 207. 365.
Pigmentzellen, Zur Kenntnis der (Solger) 40.
Pilokarpin auf die Schweifsreaktion, Einwirkung von 400.
— in der Dermatologie (Simon) 373.
— und Pyrogallussäure, Heilung von akuter Intoxikation durch (Maillart und Audeoud) 374.
Pinto, Mal de 448.
Pityriasis capitis (Gamberini) 285.
— rosea (Tenneson) 39; (Lassar) 281; (Besnier und Doyon) 535.
— rubra Hebra 315; (Manssuroff) 240; (Petrini und Babes) 282; und ihre Beziehungen zur Tuberkulose (Jadassohn) 164. 207. 365.
— rubra pilaris, Fall von (Dubreuilh) 478; (Hudelo) 416; — Lichen planus et acuminatus (Neumann) 203.
— versicolor 152.
Plaques opalines, Chromsäure bei 46.
Plasmazellen in der syphilitischen Papel 360.
Plica polonica 74.
Pocken, s. Variola.
Polydactylitis suppurativa mit vereinzelten Schüben und Dystrophie der Nägel (Hallopeau) 463.
Polymastie beim Manne, Fall von (Evelt) 257.
Portio vaginalis uteri, Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der (Dührssen) 209.
Posthitis, s. Balanoposthitis.
Praxis, Kapitel aus der (Fournier) 549.
Preisaufgabe, Dermatologische 128. 484.
Prickly heat 310.
Proctitis ulcerosa syphilitica (Hahn) 293.
Profetasches Gesetz 472.
Prostata, Fall von primärem Karzinom der (Gutmann) 300.
Prostataatrophie (Englisch) 238.
Prostatahypertrophie, Monströse (Adler) 311.
Prostatakrebs, Über den (Toquart) 341; — Karzinom und Tuberkulose im Anschlusse an (Berger) 248.
Prostatitis 83.
— chronica (Oberländer) 300.
Prostatasarkom (Barth) 282.
Prostitution und Syphilis (Werther) 40.
— und ihrer Folgen, Zur Abwehr der (Güntz) 105.
—, Untersuchungen über die venerischen Krankheiten in Paris, in ihren Verhältnissen zur geheimen und zur beauf sichtigten (Commenge) 166.
—, Beibehaltung des Crispischen Reglements von 1888 über die (Pellizzari) 244.
— in Berlin 548; — in Belgien (Fiaux) 370; — in Paris (Lassar) 370.
Prostitutionsfrage aufzufassen, und wie hat sich der Arzt dazu zu stellen? Wie ist die (Löwe) 105.
Protoplasmafaserung der Epithelzellen (Kromayer) 323.
Protozoen 64.
Prozessionsraupen und die Ätiologie der Urticaria endemica (Laudon) 247.
Prurigo durch Pediculi 285.
Pruritus ani, Behandlung (Ohmann-Dumesnil) 159.
— senilis, Pilokarpin gegen 373.
Pseudo-Alopecie 73.
Pseudo-Chancre de retour A. Fourniers, Verlauf und Natur des (Morel-Lavallée) 547.
Pseudo-Leukaemia 118. (Arning) 359; — cutis, über (Joseph) 119.
— mit multiplen Haut, Schleimhaut- und Muskeltumoren (Arning) 119.
Pseudo-Paralysis syphilitica infantilis (Hochsinger) 410.
Pseudo-Tuberkulose der Pariser Taubenmäster 105.
Pseudo-Urticaria dermographica (Chatelain) 79.
Psoriasis vulgaris 87. 314. (Duhring) 427; (Kracht) 76; (Gamberini) 285; (Hallopeau) 415.
— diffusa recidiva (Caspary) 456.
—, Behandlung mit Kalium dithiocarbonicum 427; — physiologische Behandlung der 543.
— lingualis 534.
Psorospermien und Hautkrankheiten (Hutchinson) 63.
Psorospermosis follicularis vegetans 66. 319.
— cutanea, Vier Fälle von (Boeck) 161; (Manssuroff) 239.
Purpura, Fall von (Köbner jr.) 104.
— haemorrhagica, Fall von (Windle) 109; bei einem 2½jährigen Kinde (Demme) 286.
Pustulöser Ausschlag auf Händen und Füfsen (Veillon) 416.
Pyrogallussäure; Heilung und Fall von akuter Intoxikation durch (Maillart und Audeoud) 374.
Pyrogene Körper 363.

Quarantäneanstalten für Prostituierte 106.
Quecksilberpräparate, Blutveränderungen bei pharmakologischen Gaben von (Bieganský) 205.
Quecksilber bei der Syphilis, Wirkung des (Pellizzari) 215.
— im Harn, Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung der (Pawloff) 332.

Rachensyphilis 293.
Raynaudsche Krankheit, s. Asphyxie.
Receptformeln 245. 285. 428.
Regeneration, Kern- und Zellteilung während der Entzündung und (Eberth) 540.
Reinfectio syphilitica, Fall von (Pospelow) 548.
Resorcin bei chronischer Urethritis 99.
Resorcindermatitis (Ravogli) 157.
Resorption der Haut (Winternitz) 40. 425; (Sobieransky) 208.
— ohne Osmose, Experimente über (Reid) 323.
— von Medikamenten in fettigen Vehikeln (Guinard) 324.
Retinacula 56.
Retinol als Balsamicum 301.
Revaccinationsergebnisse 110.
Rheumarthritis acuta und Erythema multiforme 109.
— gonorrhoica, Folgezustände und Behandlung (Brodhurst) 160.
Rheumatismus gonorrhoicus der Kindheit (Beclère) 465.
Rhinophym, Fall von; Operation (Ohmann-Dumesnil) 118.
Rhinosklerom 75; (Jacquet) 460.
— des Pharynx (Kaposi) 412.
—, Fall von (Secretan u. Stilling) 477.
Ricin 210. 472.
Riesenurticaria 308.
Riesenzellen, Rückbildungsvorgänge an tuberkulösen (Goldmann) 214.
Robin 210. 472.
Rotz, s. Malleus.
Rupia syphilitica (Schiff) 410; — Hydrargyrum sozojodolicum gegen (Gaudin) 547.

Säugung und Vererbung, Immunität durch (Ehrlich) 472.
Salben und Pflaster, Gestrichene (Philippson) 281.
Salbenspritze zur Behandlung der Gonorrhoe, Neue (Tommasoli) 161.
Salol bei Arthritis gonorrhoica (Jones) 342.
Salophen, Über das (Goldmann) 211; (Guttmann) 212.
Salzige Nahrung auf die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn, Einfluſs der (Pawloff) 332.
Samenblasen, Beiträge zur Pathologie der (Dreyer) 260.
Samenstrang, ihre Diagnose und Behandlung, Geschwülste der Scheidenhäute des (Herfarth) 383.
Samenstrangtorsion mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens (E. v. Meyer) 259; (Gervais) 481.
Samenuntersuchungen (46) im Verlaufe doppelseitiger Orchitis (Balzer und Souplet) 528.
Sarkom 283.
Sarkoma, Histogenese des (Görl) 46.
—, verbunden mit hämorrhagischer Diathese (Roth) 46.
—, Einschlüsse in den Zellkernen des 78.
— pigmentosum cutis (Abraham) 254.
— des Urethers, Primäres (Willutzki) 341.
— der Blase, Primäres (Bernstein) 46.
— des Leistenhodens (Emoan) 301.
Sarkomgewebe, Übertragungsversuche mit (Fischel) 254.
Scabies 245. 275; Tumenol bei 42.
Scarlatina. Fall von schwerer (Moreau) 248.
—, Nervöse Störungen nach (Thomas) 327.
— sine exanthemate (Lee) 327.
—, Bedeutung von Mikrobien bei der Ätiologie der (Barbour) 110.
— im Anschluss an Hautläsionen (Soerensen) 212.
—, Ursprung, Komplikation und Behandlung der (Thomas) 213.
—, Morbillen und Pocken, Verbreitung in der Schweiz (Feinberg) 213.
—, Einige Fälle von nacheinander erfolgter Erkrankung an Masern und (Northrup) 247.
Scarlatinaähnliche Ausschläge, Simulation von (Boucherau u. Vigenaud) 247.
Schanker, Harter, s. Initialsklerose.
—, Weicher, s. Ulcus molle.
Schankriformes Geschwür (Feulard) 416.
Scharlach, s. Scarlatina.
Scheidenhäute des Hodens, s. Hoden.
Schleimhaut der Harnwege, Epidermisbildung auf der (Marchand) 340.
Schleimhautvorfall der weiblichen Urethra im kindlichen Alter (Tritschler) 301.
Schleimhäute, Vorkommen von Pflasterepithel in Cylinderepithel tragenden (Derbe) 541.
Schleimhautsyphilide, Chromsäure bei 45.
Schwanzbildung 299.

Schwefel, Löslicher (Pentermann) 106.
Schweifsdrüsenentzündung s. Hydradenitis.
Schweifsreaktion beim gesunden Menschen (Heufs) 343. 400. 501.
Scrotum und Penis, Blutinfarkt des (Manssuroff) 241.
—, Fall von Hypertrophie des (Smith) 122.
Scrotumekzem 318.
Seborrhoe des Lippenrots 317.
Sectio alta in moderner Ausführung (Helferich) 302.
Serum, s. Blutserum.
Sexualorgane und ihre Komplikationen, Blennorrhoe der (Finger) 124.
Sexuelle Impotenz, s. Impotenz.
Silberfarbiges Haar (Ornstein) 48.
Sklerodaktylie 419.
Sklerodermia 84. 418; (Brocq) 415.
—, Zur Lehre von der (Dinkler) 382.
— universalis 237.
—, Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei (Eulenburg) 255.
— circumscripta auf Stirn und Kopf (Brault) 48.
Skrofulo-Syphilis (Besnier) 462; der Haut; klinische histologische und experimentelle Untersuchungen über Mischformen von Syphilis und (Leloir) 546.
— tuberkulöse Produkte, sowie namentlich von Lupus vulgaris, Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung von (Leloir) 546.
Skrofuloderma 45. 83. 144; und Lepra 32;
— und Lupus, Behandlung von (Brooke) 145.
—, Behandlung mit Kalium dithiocarbonicum 427.
Skrofulöse Drüsen 285.
Sommereruption, s. Eruptio aestivalis.
Sonnenbrand 366.
Speichel und die pathogenen Mikroorganismen der Mundhöhle, Der menschliche (Sanarelli) 483.
Sperma, Virulenz des syphilitischen 536.
Spermatorrhoe, Psychosen und Alopecia areata, Wechselseitige Beziehungen von (Crocq) 480.
Spina bifida occulta, Behaarung über der 369.
Spondylitis syphilitica bei Kindern (Ridlon) 82.
Stachelschicht, Reaktion der 357.
Staphylococcus flavus und ihre Einwirkung auf das Unterhautzellgewebe, subkutane Injektionen mit den löslichen Produkten des (Iwanoff) 108.
Staphylokokkenkulturen, Impfungen mit (Reichel) 238.
Steinkrankheit, Geographische Verbreitung der (Kusmin) 302.
Stirn- und Kopfhaut, Verlust der (Sick) 237.
Stoffwechselprodukte der Bakterien, Einfluſs auf den Lymphstrom 372.
Stomatitis impetiginosa (Sevestre und Gastrou) 252.
— epidemica, deren Identität mit der Maul- und Klauenseuche der Haustiere und beider Krankheiten gemeinsamer Erreger (Siegel) 335.
Strikturen der Harnröhre, Radikalbehandlung durch Excision und Urethroplastik (Keyes) 160; — vereinfachte Behandlung (Dukeman) 483.
— und ihre Behandlung (Bangs) 257.
—, Würdigung des Le Fortschen Verfahrens bei der Behandlung der (Posner) 258.
—, Wert der linearen Elektrolyse bei (Braquehaye) 258.
— und Elektrolyse (Delagénière) 258; (Newman) 259.
—, Verfahren zur linearen Elektrolyse bei (Fort) 258.
—, Traumatische (Delagénière) 259; (Romeycke) 259.
—, Rasche Dilatation der (Jetter) 259.
—, Beitrag zur pathologischen Anatomie der (Wassermann u. Hallé) 384.
Sublimat als Vesicans (Aubert) 547.
Sublimatöl, Bemerkungen zur subkutanen Einspritzung von (Burlureaux) 462.
Substanzverlust an der rechten Seite der Oberlippe (Kaposi) 412.
Sykosis 195. 318. 320; (Duhring) 427.
—, Beitrag zur Therapie der (Kromayer) 479.
—, Behandlung mit Kalium dithiocarbonicum 427; mit Thilanin 42.
— hyphogenes (Rosenberg) 294.
— des Bartes 464.
Symmetrische Gangrän s. Gangrän.
Syphilide gommeuse 132.
—, Ringförmige, knotenförmige (Taylor) 157.
—, Ausschabung von serpigniösen und tuberösen (Manssuroff) 240.
— unter Quecksilbergebrauch? Wie heilt ein (Unna) 360.
—, Serpignös-ulcerös-kutanes (Kaposi) 412.
—, Sublimat gegen aknéförmige 547.
Syphilis 532, und Lepra 31; — und symmetrische Gangrän (Elsenberg) 285;
— und Hysterie (Fournier) 39; — und Prostitution (Werther) 40.
— und Tuberkulose des Kehlkopfs, Gleichzeitige (Irsai) 73; und Skrofulose (Besnier) 462.
— und Ulcus cruris 168.
—, Blutveränderungen unter dem Einflusse von (Biegansky) 205.
—, Wirkung des Quecksilbers bei der (Pellizzari) 215.
—, Hundert verschiedene „Du sollst nicht" bei der (Ohmann-Dumesnil) 216.

Syphilis, Zur Geschichte der, Syphilisation und syphilitische Impfung (Dubois-Havenith 248.
—, Von den Ursachen des Irrtums bei der Diagnose der (Buret) 249.
—, frühzeitiger Morbus Brightii nach (Lacorché u. Talamon) 250.
— zur Nierenchirurgie, Beziehungen der (Israel) 250.
— des Larynx, Angeerbte (Dabney) 45.
— des Gehirns 102.
— des äufseren Ohres (Rupp) 112.
— der Trachea nebst Bericht von zwei Fällen (Wright) 215.
— mit folgendem Diabetes insipidus im kindlichen Alter, Fall von latenter (Schubert) 292.
— und deren Beziehung zur Heilung chirurgischer Läsionen (Lydston) 251.
— occulta (Fleiner) 332.
— durch Impfung (Rosenthal) 332; (Peter) 522.
—, Taubheit infolge von (Turnbull) 379.
— in Amerika vor Columbus' Zeit (Ashmead) 45.
— der Muskeln (Köhler) 379.
—, Vererbung der (Fournier-Finger) 535.
— haemorrhagica gummosa 168.
— maligna praecox, Fall von (Brousse) 216.
— cutanea rupiaformis (Schiff) 410.
— secundaria trotz frühzeitig erfolgter Excision der Initialsklerose (Heisler) 414.
— auf nicht venerischer Basis (Robbins) 432.
— bei Ammen, Diagnose der (Speransky) 455.
— durch die Natur des ansteckenden Schankers, Bestimmung der späteren Lokalisationen der (Morel-Lavallée) 459.
—, Frühzeitige, gummöse (Hudelo) 460.
—, galoppierender Verlauf der (Ledermann) 521.
— und Skrofulo-Tuberkulose der Haut, klinische, histologische und experimentelle Untersuchungen über Mischformen von (Leloir) 546.
—, Zur Kasuistik der Keratosen bei konstitutioneller (Engel-Reimers) 547.
— durch Konzeption 536.
— in Berlin, Verbreitung der (Blaschko) 548.
— in Niniveh und Babylon bei den alten Assyriern (Buret) 549.
— der Frau, Verhalten des Arztes gegenüber der (Fournier) 549.
Syphilis hereditaria 533. 535; (Caspary) 380.
Syphilis hereditaria, Taubheit bei der (Mygind) 112.
—, Pseudoparalysis infantilis infolge von (Hochsinger) 410.
— und Rhachitis leidenden Säuglinge, Einige Daten zur Hämatologie der an (Schiff) 432.
— hereditaria tarda (Morison) 45; (Fleiner) 332; (Fournier-Finger) 536.
Syphilisbehandlung (Elsenberg) 125.
— in Deutschland und Oesterreich, Notizen über die (Raymond) 82.
— mit Arsenik (Smith) 113.
— Abortivbehandlung; Warum wird durch frühzeitige Zerstörung oder Entfernung des Schankers der Ausbruch der Syphilis nicht verhindert? (Taylor) 432.
— mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum formamidatum solutum (Morison) 81; — von Europhen (Gaudin) 547; — von Hydrargyrum sozojodolicum (Gaudin) 547.
Syphilitische Affektionen der Mundhöhle, Behandlung mit Chromsäure (Feibes) 45; — des Rachens und der Nase (Ohmann-Dumesnil) 293.
— Myocarditis (Nékám) 73.
— Paraplegien, Beitrag zum Studium der (Boulloche) 81.
— Spondylitis bei Kindern (Ridlon) 82.
— Zerstörung der Nase (Jackson) 86.
— Erkrankung des kleinen Gehirns (Lewin) 102.
— Periostitis des harten Gaumens (Abutkoff) 113.
— Hydradenitis 139.
— Leukoderma (Rosenthal) 191.
— Gummata, s. Gummata.
— Impfung 248.
— Patienten, Verhaltungsmafsregeln für (Lassar) 277.
— Mastdarmerkrankungen (Nickel) 293; (Hahn) 293;
— Tabes, Hg befördert nicht den Ausbruch der (Fournier) 312.
— Mastdarmstrikturen, Exstirpation der (Quénu) 332.
— Geschwüre (Besnier) 460; Europhen bei (Migneco) 379.
— und tuberkulöse centrale Affektion bei einem 1jährigen Kinde (Isaak) 524.
— Reinfektion, Fall von (Pospelow) 548.
Syphilisation 248.
Syphilisinfektion, Extragenitale, s. Initialsklerose.
Syphiloide bei Kindern (Bataille) 526.
Syphyspyloria thelodérmica 448.
Syringomyelie (Jolly) 298.

Tabes syphilitica; Hg befördert nicht den Ausbruch der (Fournier) 311.
Tättowierung und deren Anwendung zur Deckung mangelhafter oder fehlender Hautpigmentation (Paschkis) 543.
Taubheit durch Syphilis (Turnbull) 379.
—, Hereditär-syphilitische (Mygind) 112.
Taschenbuch, Ärztliches 127.
Taschenkalender für Ärzte (Lorenz) 127.
Teleangiektasien am Augenlide (Schanzenbach) 296.
Terpentin, Blutstillende Wirkung des (Chapmann) 246.
Tetanus, Immunisierung gegen 474.
Thapsiapflaster, Erysipelatöse und skarlatinöse Ausschläge nach 247.
Thilanin, über (Saalfeld) 42.
Thiophen und seine therapeutische Anwendung (Spiegler) 325.
Thiophendijodid 325; — chirurgische Anwendung des (Hock) 325.
Thiophensulfosaures Natron 325.
Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen (Peters) 260.
Tiña 448.
Tinea imbricata 153.
— favosa, s. Favus.
— tonsurans, s. Trichophytia.
Tingible Körper 363.
Tinktionen fixierter Präparate, Kurze Mitteilung über bequeme (Schütz) 397.
Tinktionstherapie 261. 294.
Tochterwarzen 297.
Tokelau-Ringworm, s. Tinea imbricata.
Torsion des Samenstranges, s. Samenstrang.
Toxalbumine 210.
Trachea, Syphilis der (Wright) 215.
Tractus urogenitalis senilis, Zur Pathologie des (Casper) 299.
Transplantation der Haut nach Thiersch (Jungengel) 166.
— der Haut, Neue Methode des (Morrow) 209.
—, Beiträge zur Kasuistik der (Held) 284.
Trichloressigsäure bei chronischer Urethritis 99.
Trichoma 74.
Trichophytia 105. 280. 320. 464.
— barbae 132.
— maculosa 280.
— der palma manus und planta pedis (Moukthar) 459; (Vidal) 460; (Arnozan und Dubreuilh) 475.
—, Behandlung mit Kalium dithiocarbonicum 427.
Trichophyton depilans 105.
— tonsurans 105. 294; — beim Hunde 540; — Pemphigoide Affektion der Haut und Polyneuritis, bei einem Tabetiker hervorgerufen durch (Bonome) 476.
Trichorrhexis bei Alopecia areata 47.
Tripper, s. Gonorrhoe.
Tripperrheumatismus, s. Rheumatismus gonorrhoicus.
Trophoneurose, Neue Varietät von (Hallopeau und Lazat) 374.
Trypsin 211.
Tuberkelbazillen, Einfacher Nachweis durch Färbung (Arens) 244.
Tuberkulin, Wirkung auf das Blut (Bond) 106.
—, Rückbildungsvorgänge an Riesenzellen nach Einspritzung von 214.
—, Resultate der Injektionen mit (Mantegazza) 284.
—, Neuere experimentell-pathologische Arbeiten über die Wirkung des (Baumgarten) 545.
— und anderen Bakterienextrakten auf den Lymphstrom, Einwirkung von (Gärtner und Römer) 372.
Tuberkulin in der Lupusbehandlung (Hallopeau) 38; (Haslund) 112; (Krause) 214; (Elsenberg) 248; (Pospelow) 455.
— gegen Lepra (Abraham) 375.
—, Vitiligo nach Injektion von (du Castel) 460.
Tuberkulocidin, Behandlung der Tuberkulose mit (Klebs) 424.
Tuberkulöse Zungengeschwüre (Sabolotzky) 75.
— Riesenzellen, Rückbildungsvorgänge an (Goldmann) 214.
— Geschwür der Lippenkommissur 311.
— Adenitiden, Neue Behandlungsmethode von (Suchard) 378.
— Rachen- und Kehlkopfgeschwüre (Sabolotzky) 455. 457.
— Fisteln 475.
— oder syphilitische centrale Affektion bei einem einjährigen Kinde (Isaak) 524.
Tuberkulöses Ekzem, s. Eczema.
Tuberkulosis und Lepra 31.
— und Syphilis des Kehlkopfs, gleichzeitige (Irsai) 73.
—, Beziehungen der Pityriasis rubra zur 164, 207.
— und Krebs im Anschlusse an einen primären Prostatakrebs (Berger) 248.
— ausschliefslich des Kehlkopfs (Jullien) 460.
—, Intrauterine Infektion mit 471.
— der Haut (Mursin) 75.
—, Behandlung mit Tuberkulocidin (Klebs) 424; gegenwärtiger Stand der (Wick) 545.
— verrucosa cutis (Jackson) 86.
Tuberkulosebehandlung, Robert Kochs (Aufrecht) 111.
Tumenol und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten (Neifser) 41.

Tylosis, s. Keratosis.
Tzalzayanalixtli 448.

Uebungsbücher, medizinische 83.
Ulcus cruris 285; (Klotz) 121.
— und Syphilis 168.
—, Behandlung mit Tumenol 42; — mit Dermatol 107; — mit Kreolin innerlich 372; — in den Pariser Hospitälern (Baudouin) 297.
—, Behandlung des varikösen (Fejér) 381.
—, Behandlung mit Unnas Zinkleim-Organtinverbänden (Komich) 381.
— durum, s. Initialsklerose.
— gummosum 279.
— tuberculosum 531; der Lippenkommissur 311; labii oris (Neumann) 411.
— varicosum, Blasenbildung in der Narbe des (Hallopeau) 464; heilbar auf hydropathischem Wege, Veraltetes (Florian) 47.
Ulcus molle, Ätiologie des (Taylor) 158.
—, Fall von intraurethralem (Öhmann-Dumesnil) 160.
—, Lymphdrüsenentzündungen bei (Gamberini) 284.
— gangraenosum, Drei Fälle von (Mangano) 336.
—, Behandlung mit Aristol 292; mit Dermatol (Kracht) 455.
—, Bacillus des (Unna) 413; — Streptobacillus des (Unna) 485.
—, Seltene Lokalisation des (Tschernoguboff) 457.
—, Behandlung mit Chlorzink (Balzer u. Souplet) 482.
Ulerythema acneiforme 318.
— sycosiforme 318.
— ophryogenes 64. 321.
— centrifugum 529; — (Manssuroff) 240; (Hallopeau) 460. — Behandlung mit Tuberkulin 112. — disseminatum 237.
Ulzerationen, Tumenol bei 42.
Unguentum citrinum (Faris) 246.
Unterlippe, Adenombildung in den acinösen Drüsen der (Fränkel) 281.
Unternagelraum, Bakterien des (Preindlsberger) 77.
Untersuchungsstuhl und Operationstisch für dermatologische und urologische Zwecke (v. Sehlen) 363.
Urether, Über ein primäres Sarkom des (Willutzki) 341.
Uretheren, Entzündliche Verengerung der (Watson) 122.
Urethra im kindlichen Alter, Vorfall der Schleimhaut der weiblichen (Tritschler) 301.
—, Totale Zerstörung der weiblichen; ihre Behandlung, insbesondere durch plastische Operationen (Luerken) 383.
— des Mannes, Mikroorganismen der normalen (Wassermann) 436.
—, Die Antisepsis der (Petit und Wassermann) 436.
Urethralfisteln 83.
Urethralkarzinom, Beiträge zur Kasuistik des primären (Witzenhausen) 300.
Urethralkrankheiten bei Frauen, Endoskopie und Therapie der (Ebermann) 481.
Urethralschanker (Grünfeld) 411.
Urethritis gonorrhoica s. Gonorrhoe.
— membranacea desquamativa; Argyria urethrae (Feleki) 415.
Urticaria 200. 307; — beim Hund 540.
— bullosa (Pollitzer) 286.
— dispersa (Kaposi) 412.
— endemica, Die Prozessionsraupe als Veranlassung der (Laudon) 247.
— factitia 79; Fall von (Alt) 374.
— papulosa 308.
— pigmentosa 201.

Vaccination, Gegenwärtiger Stand der animalen (Fürst) 212.
Vaccinations- und Revaccinationsergebnisse (Peiper) 110.
Vaccinationsverfahren, Neues (Fischhoff) 327.
Vaccine 470.
—- und Variolapustel, Anatomie der (Buri) 20. 49.
Vaccineblepharitis, Weiterer Fall von (Schapringer) 247.
Vagina und konsekutives Erythema multiforme, Aphthöse Erkrankung der (Neumann) 341.
Vaginismus 301; Beitrag zur Lehre vom (Ebbing) 301.
Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen? Giebt es eine (Welander) 206.
Varicellae 49. 50.
—, Rezidiv der (Neale) 327.
— gangraenosae, Komplikation der Varicellen (Demme) 429.
Varicocele und Neurasthenie (Wiederhold) 260.
Variola 470; Verbreitung in der Schweiz (Feinberg) 213; Übertragung durch die Luft (Collin-Gridge) 429.
—, Ichthyol bei 327.
— haemorrhagica, Beitrag zum Studium der (Spehl) 429.
—- und Vaccinepustel, Anatomie der (Buri) 20. 49.
Venerische Krankheiten in Paris in ihren Verhältnissen zur geheimen und zur be-

aufsichtigten Prostitution, Untersuchungen über (Commenge) 167.
— Geschwüre, Behandlung mit Aristol (Güntz) 292; mit Europhen (Migneco) 379.
Verbrennungen, Tumenol bei 42; Wachspaste bei 156; Retinol bei 301; Dermatol bei 426.
—, Antiseptische Behandlung der (Mayland) 157; Therapie der (Demme) 428.
—, Europhen bei (Siebel) 326.
Vererbung von Infektionskrankheiten (Wolff) 470.
— und Säugung, Immunität durch (Ehrlich) 472.
Verhornungsprozefs, Über Eleidin und Keratohyalin und ihre Beziehungen zum (Grofse) 367.
Verrucae 418; Zerstörung durch Elektrolyse (Manssuroff) 241.
— am Scrotum (Gémy) 297.
Vesica urinaria, Inversion der (Bidder) 342.
Vestre-Hospital 1890 (Bergh) 167.
Vitiligo 73. 191. 240.
— und Leukoplasie (du Castel) 460.
— nach Tuberkulininjektion (du Castel) 460.
Vorsteherdrüse, s. Prostata.
Vulva, Leukokeratose der 252.

Wachspaste, s. Pasta cerata.
Wärmewirkung auf die Haut 367.
Warzen, s. Verrucae.
Weichselzopf (Fiweisky) 74.
Werlhofsche Krankheit, s. Purpura.
Wickersheimersche Flüssigkeit für anatomische Präparate, Kurze Anleitung zur Verwendung der (Wickersheimer) 322.
Wiener dermatologische Gesellschaft 410.
Wundbehandlung mit Dermatol (Rogner) 246.
Wundinfektion zu Grunde liegen, Bedingungen, welche der (Welch) 244.

Xanthom 277. 534.
Xerosis urethrae (Feleki) 415.
Xeroderma pilare 64. 321. 417.

Zellenbildung intensiven Farbstoffen gegenüber, Verhalten pathologischer (Clemens) 261.
Zellkerne, Einschlüsse in die, s. Einschlüsse.
Zellteilung in der menschlichen Epidermis (Hansemann) 469.
— und Kernteilung während der Entzündung und Regeneration (Eberth) 540.
Zona 49. 50. 73. 87. 313.
— lumbo-sacralis (Jackson) 86.
— bei Diabetes (Vergely) 287.
— mit Drüsenschwellung (Barthélemy) 311. 459.
—, Zur Kasuistik der atypischen (Staub) 363.
— bei Neuralgia brachialis (Scheiber) 414.
—, Thilanin bei 42.
Zoster s. Zona.
Zungengeschwür, Tuberkulöses (Sabolotzky) 75.

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abbé 225.
Abraham, P. S., Ein eigentümlicher Fall von Sarcoma pigmentosum cutis 254.
— Lepra und die Tuberkulinbehandlung 375.
Abutkoff, Syphilitische Periostitis des harten Gaumens 113.
Adamkiewicz, Untersuchungen über den Krebs 339.
Addison 257. 479.
Adler, Multiple Abszesse 311.
— Monströse Prostatahypertrophie 311.
— 129.
Ahlfeld, 342. 383.
Alafberg, Zur Behandlung der harnsauren Diathese 481.
Albarran 65. 71.
Albes, Georgius, 491. 492.
Alexander, S., Einige Bemerkungen über die Diagnose der Gonorrhoe beim Manne 123.
— Bemerkung zur Behandlung der Epididymitis 160.
Alibert 448.
Allen, G. W., Zur Behandlung der Gonorrhoe 261.
— 377.
Alphanderi 430.
Alt, K., Ein Fall von Urticaria factitia 374.
Anderson, Mc. Call, 266.
Andral 344. 511.
Andrejewsky 74.
Anselmino 344.
Antal 122.
Appenzeller, Ein einfaches hydroelektrisches (monopolares) Bad 388.
Arens, C., Ein einfacher Nachweis von Tuberkelbazillen durch Färbung nebst einer Angabe zur Färbung von Bakterien in fettreichen Substraten 244.
Aretaeus 302.
Arnheim 41.
Arning, Ed., Ein Fall von Pseudoleukämie mit multiplen Haut-, Schleimhaut- und Muskeltumoren 119.
— Pseudoleukämie 359.
— 288. 360. 543.
Arnold, C., Repetitorium der Chemie 84.
— 207. 242.
Arnoldow 245.
Arnozan, Pseudo-Alopecie 73.
— Über Lupus der Wange 379.
— Über die Verteilung der normalen Fettabsonderung auf die Haut 426.
— Folliculitis depilans der unbehaarten Teile 465.
— und W. Dubreuilh, Über Trichophytie der Hände und Nägel 475.
Ashmead, A. S., Syphilis in Amerika vor Columbus' Zeit 45.
— Lepra in Japan; Zwischenwirtthätigkeit bei deren Fortpflanzung 80.
Aubert, Sublimat als Vesikans 547.
— 105. 351. 510. 511.
Audeoud und Maillart, Ein Fall akuter Intoxikation durch Pilokarpin und Pyrogallussäure; Heilung 374.
Aufrecht, Robert Kochs Tuberkulosebehandlung 111.
Augagneur 105.
Auspitz 21. 22. 23. 24. 56. 116. 164. 165. 365. 366.
Auzias-Turennes 249.
Ayroles 122.

Babes, Annalen aus dem Institut für Pathologie und Bakteriologie in Bukarest 282.

Babes und Petrini, Pityriasis rubra (Typus Hebra) 282.
— Alveoläres Melanosarkom der Haut 283.
— und Kalindero, Fall von idiopathischem multiplen Pigmentsarkom der Haut mit Beginn an den Extremitäten 283.
Baccarat, Alison, 245.
Bärensprung 22. 240.
Bagdanoff, Anormale Lage der Ammenasyle 458.
Ballance, v., 68.
Balzar 527.
Balzer und Souplet, Chlorzink beim weichen Schanker und beim Bubo 482.
— 46 Samenuntersuchungen im Verlauf doppelseitiger Orchitis 528.
Bamberger 205.
Bangs, L. B., Harnröhrenstriktur und deren Behandlung 257.
Bar, Ichthyosis foetalis 460.
Baraban 385.
Barbe und Raymond, P., Dermatitis exfoliativa neonatorum 415.
Barbour, J. F., Die Bedeutung von Mikrobien bei der Ätiologie der Scarlatina 110.
Bardeleben 211. 215.
Bardenheuer 160.
Barduzzi 180.
Barié 527.
— und Hallopeau, Mycosis fungoides 527.
Barnum, 491. 492.
Bartels, M., Bärtige Dame 257.
— 299.
Barth, Prostatasarkom 282.
Barthélemy, Alopecia areata 39.
— Herpes zoster 73. 311.
— Drüsenschwellungen bei Zoster 459.
— 142. 144. 460. 462.
Bartholini 36. 342.
Basch 21. 22. 23. 24. 56.
Basedow 256.
Bataille, Syphiloide bei Kindern 526.
— und Berdal, Über die circinäre Form der Balanoposthitis 482.
Baudoin, G., 459.
Baudouin, Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre in den Hospitälern von Paris 297.
— 216.
Bauke, H., Zur Ätiologie des akuten angio-neurotischen oder „umschriebenen Hautödems" 286.
Baumgarten, P., Über Wandlungen in den pathologisch-anatomischen Anschauungen seit dem Erscheinen der Bakteriologie 77.
— Neuere experimentell-pathologische Arbeiten über Tuberkulinwirkung 545.
— 207.
Bayet 171.
Bazin 20. 116. 132. 139. 141. 144.
Bazy, Künstliche Cystitis 483.
Beard 260.
Beaumès 537.
Beccard 289.
Beck 346.
Beclère, Über Rheumatismus blennorrhoicus der Kindheit 465.
Bednar 525.
Behrend 340. 422.
Behring, Über Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Tetanus 474.
— und Wernicke, Über Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Diphtherie 474.
Beiersdorf, P., 147. 281. 301.
Bell, John, 491.
Benda 120. 382. 399.
Beneke 171. 184. 185.
Berdal und Bataille, Über die circinäre Form der Balanoposthitis 482.
Berger, L., Über Kombination von Tuberkulose mit Krebs, im Anschlusse an einen Fall von primärem Prostatakrebs 248.
— 297. 298.
Bergh, R., Vestre Hospitel 1890 167.
— Referat 480.
Bergmann 238. 282.
—, A. v., Zur Kontagiosität der Lepra 544.
Berliner, C., Referate 86. 161. 203. 361.
— 185. 188. 189.
Bernard, Claude, 510.
Bernstein, Über einen Fall von primärem Sarkom der Blase 46.
Bertarelli 180.
Berzelius 344.
Besnier, Ernst, Eccema seborrhoicum, Eccema rubrum 428.
— Pemphigus foliaceus 460.
— Grofse syphilitische Geschwüre 460.
— Über einen Fall von Lupus scarlatiniformis seu exanthematicus generalisatus 461.
— Eine Mischform von Syphilom und Lupus. Skrofulo-Syphilis 462.
— Sykosis 464.
— 38. 39. 66. 95. 120. 121. 142. 157. 171. 172. 173. 174. 176. 177. 180. 182. 183. 184. 195. 203. 204. 240. 245. 252. 257. 268. 314. 318. 319. 320. 321. 415. 416. 417. 422. 458. 462. 464. 527. 528. 534.
— und Adrien Doyon, Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anerkennungen und Zusätzen versehen 193. 313. 417. 529.
Bidder, Franz, Ein Fall von Inversio vesicae urinariae congenita 342.

Bieganski, Wladyslaw, Über die Veränderungen des Blutes unter dem Einflusse von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten 205.
Billroth 468.
Bilotti, A., 288.
Binz, C., Vorlesungen über Pharmakologie 84.
— 333.
Biondi 214.
Birch-Hirschfeld 472.
Blanchard, R., Über die pflanzlichen, nicht mikrobischen Parasiten, welche vom Tiere auf den Menschen und vice versa übertragbar sind 104.
Blaschko, A., Ein Fall von Alopecia areata 47.
— Zur Abortivbehandlung der Inguinalbubonen 301.
— Alopecia areata 339.
— Die Verbreitung der Syphilis in Berlin 548.
— 79. 193. 281.
Bluhm, A., Zur Kenntnis des Dermatols. Bakteriologisches und Therapeutisches 107.
Bock, P., 173. 174. 176. 177. 178. 179. 182. 184.
— und Smet, Ed. de, Beitrag zum Studium des Lymphangioma circumscriptum (Angioma cysticum) 47.
Bockhart, M., 157. 465.
Boeck, C., Vier Fälle von Darierscher Krankheit 161.
— 17. 19. 66. 318. 532.
Bogo-Giebow 114.
Bogoslwosky 332.
Bogsoff 335.
Bonafont 163.
Bond, C. J., Die Wirkung des Tuberkulins auf das Blut 106.
Bonome, Pemphigoide Affektion der Haut und Polyneuritis bei einem Tabetiker, hervorgerufen durch das Trichophyton tonsurans 476.
— 287.
Bordoni-Uffreduzzi 287.
Borodin 333. 334.
Borrel 64. 71.
Boucherau und Vigenaud, Beobachtungen von Simulation von erysipel- und scharlachähnlichem Eyanthem 247.
Boullooche, Pierre, Beitrag zum Studium der syphilitischen Paraplegien 81.
Bourdien 245.
Bouveret, Le, 511.
Bowen, J. F., 67. 162.
Bowlby 69.
Bradley 268.
Braquehaye, Über den Wert der linearen Elektrolyse bei den Harnröhrenverengerungen 258.
Brassac 431.
Braun 282.
Breda 180.
Breisky 383.
Brewer, G. E., Der trockene Umschlag bei der Behandlung der Epididymitis 260.
Brinton 45.
Brocq, L., Zur Ätiologie der Ekzeme 116.
— Über Lichenifikation der Haut 286.
— Auskratzen bei Lupus 311.
— Sklerodermie 415.
— Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses 423.
— Ulcerierte Frostbeulen 428.
— Zur Ätiologie des Ekzema 434.
— 165. 201. 203. 265. 312. 416. 422. 462. 464. 527. 528. 533. 535.
Brodhurst, B. E., Rheumarthritis gonorrhoica, deren Folgezustände und Behandlung 160.
*Brooke, H. G., Erythema keratodes der Handteller und Fußsohlen 89.
*— Die Behandlung von Skrophulodermie und Lupus 145.
— 66.
Brousse, A., Ein Fall von Syphilis maligna praecox 216.
Brücke 228. 232.
Bruns 259.
Brunton 163.
Buchner, H., Die keimtötende, die globulicide und die antitoxische Wirkung des Blutserums 371.
— Die Forschungsmethoden in der Immunitätsfrage 474.
Büchwald 120.
Bulkley, L. D., Ein Stückchen persönlicher Erfahrung über den Wert des Arseniks 156.
— Zur Ätiologie der Ekzeme 294.
— 66. 67.
Bumm 123.
Burach 276.
Burckhardt, Emil, Atlas der Cystoskopie 124.
Buret, F., Von den Ursachen des Irrtums bei der Diagnose des Syphilis 249.
— Die Syphilis in Niniveh und Babylon bei den alten Assyriern, 700 J. v. Chr. 549.
*Buri, Th., Die Anatomie der Variola- und Vaccinepusteln 20. 49.
— Referat 501.
— 185. 188.
Burlureaux, Bemerkung zur subkutanen Einspritzung von Sublimatöl 462.
Burmeister 480.
Burney, W. C. G., 377.

Burquières, M., 511.
Busquet 104.
Butte 547.
Buzzi 162. 180. 368.

Campana 239.
Cantlie 378.
Carlier 541.
Caspary, Arzneiausschläge 316.
— Über hereditäre Infektion 380.
— Psoriasis diffusa recidiva 456.
— 535. 537.
Casper, Leopold, Demonstration eines neuen Elektroskops für die Urethra 35.
— Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis 299.
— Dysuria senilis 299.
Castel, Du, Vitiligo und Leukoplasie 460.
Cavazzani, Über ein neues Mittel bei der Behandlung des Erysipels 335.
Cazin und Duplay, Untersuchungen über die parasitäre Natur des Krebses 46.
Chamberland 483.
Chapman, Blutstillende Wirkung des Terpentins 246.
Charles, T. C., Ichthyol 106. 156.
Charrière 259.
Chassaignac 140.
Chassin 449. 451. 453.
Chatelain, E., Pseudo-Urticaria dermographica 79.
— Weitere Beobachtungen über die Behandlung von Alopecie mit Jod-Kollodium 251.
Cheyne, Watson, 376.
Chiappa, del, Summarische Übersicht der im Jahre 1890 an der dermo-syphilopathischen Klinik in Pisa zur Beobachtung gelangten Fälle 322.
Christiani, Epithelioma traumaticum 339.
Clemens, Th., Das Verhalten pathologischer Zellenbildung intensiven Farbstoffen gegenüber 261.
Cohnheim 259.
Coley, W. B., Einfluſs des Erysipels auf bösartige Geschwülste 253.
Colles 537.
Collin-Gridge, Übertragung der Variola durch die Luft 429.
Coltman, Robert, Lepra 44.
Combemale und Marestang, Entzündung der Nerven bei Lepra anaesthetica 213.
Commenge, O., Untersuchungen über die venerischen Krankheiten in Paris, in ihren Verhältnissen zur geheimen und zur beaufsichtigten Prostitution 167.
Corning, J. L., Das Lokalisieren von Medikamenten in der Umgebung der sensiblen Hautnerven 168.
Crispi 244.
*Crocker, Radcliffe H., Ein Fall von Angiokeratom 96.
— Tylosis palmae et plantae 115.
— 70. 93. 115. 141. 169. 174. 184. 239.
Crocq, J., Über wechselseitige Beziehungen von Alopecia areata, Psychosen und Spermatorrhoe 481.
Crookshank 111.
Czempin, Zur Therapie der Gonorrhoe 386.

Dabney, S. G., Angeerbte Syphilis des Larynx 45.
Danielssen 532.
Darier 65. 66. 67. 69. 70. 71. 143. 145. 161. 162. 173. 239. 278. 318. 319. 320. 416. 460. 527. 528.
Darwin 516. 520. 521.
Delagénière, P., Elektrolyse und Harnröhrenstrikturen 258.
— Traumatische Strikturen 259.
Delassus, Behandlung der Kopfhautwunden ohne Naht 428.
Delépine 64. 65. 67. 70.
Delf 527.
Dellevie, Hugo, Die Bedeutung der Antisepsis im Munde 373.
Demange 528.
Demme, R., Fall von Hämophilie bei einem 2½jährigen Kinde 286.
— Zur Therapie der Verbrennungen 428.
— Komplikationen der Varicellen, Varicellae gangraenosae 429.
Dentu, Le 297.
Derbe, Max, Über das Vorkommen von Pflasterepithel in Cylinderepithel tragenden Schleimhäuten 541.
Derville 432. 433.
Desprès 297.
Deutschmann 218. 223. 229. 232. 233.
Dève 459.
Devergie 203.
Diday 83. 249.
Dinkler, M., Zur Lehre von der Sklerodermie 382.
Dittel 74.
Dixow, J. F., 290. 291.
Dönitz 545.
Doernberger, Eugen, Über die Behandlung mit Dermatol 324.
Dohrn 380.
Dolbeau 297.
Donders 217.
Donovan 377.
*Dort, T. Broes van, Ein Fall von Hutchinsons „Eruptio aestivalis bullosa“ 185.

Douglas 2. 5. 6.
Doutrelepont 365.
Downes 115.
Doyon, Adrien 171. 195.
— und Ernest Besnier, Die französische Übersetzung des Kaposischen Lehrbuchs der Hautkrankheiten, mit Anmerkungen und Zusätzen versehen 193, 313. 417. 529.
Drechsler, Monatseinlagen zum ärztlichen Taschenbuch 127.
Dreckmann 121.
Dreschfeld, Ein Beitrag zur Lehre von den Lymphosarkomen 118.
Dreyer, Alb., Beiträge zur Pathologie der Samenblasen 260.
Dubois-Havenith, Zur Geschichte der Syphilis; Syphilisation und syphilitische Impfung 248.
— 3 Favuspatienten 340.
Dubreuilh, W., Impetigo herpetiformis 416.
— Hydradenitis suppurativa 462.
— Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris 478.
— Über Haarentfernung auf elektrolytischem Wege 464.
— 180.
— und Arnozan, Über Trichophytie der Hände und Nägel 475.
— und Sabrazès, Über Herpes circinatus favicus 464.
— — Über zwei Fälle von Lichen planus miliaris acutus 478.
Duckworth 270.
Ducommun, J. 347.
Ducrey 336. 414. 485. 489.
Dührssen, A., Beitrag zur Anatomie, Physiologie der Portio vaginalis uteri 209.
Duhring, L. A., Ein Fall von universellem Erythema multiforme 109.
— Psoriasis. Acne rosacea. Epithelioma. Tinea favosa. Sycosis. Hyperidrosis 427.
— 201. 202. 203. 269. 270. 308. 312. 412. 467.
Dujardin-Beaumetz 246. 334.
Dukeman, W. H., Vereinfachte Behandlung der Harnröhrenstriktur 483.
Duperier 205.
Duplaix 297. 416.
— und Cazin, Untersuchungen über die parasitäre Natur des Krebses 46.

Ebbing, A., Ein Beitrag zur Lehre vom Vaginismus 301.
Ebdew 289.
Ebermann, Endoskopie und Therapie der Harnröhrenkrankheiten bei Frauen 481.
Eberth, C. J., Kern- und Zellteilung während der Entzündung und Regeneration 540.
— 471.
Ebstein 24.
Eddowes, A., Bemerkungen über die Diagnose und Therapie der infektiösen Formen des Ekzems 158.
Edington 111.
Ehlers, Ed., Die Exstirpation der syphilitischen Initialläsion 125.
— 432. 433.
Ehrlich, P., Über Immunität durch Vererbung und Säugung 472.
— 210.
Ehrmann, Zur Kenntnis von der Entwickelung und Wanderung des Pigments bei den Amphibien 361.
— 37. 191.
Eichhoff 193.
Eisendrath, D. N., Erysipelas faciei als Komplikation von Typhus abdominalis 435.
Eklund 105.
Elliot, G. T., Über Ekzema seborrhoicum 194.
Elsenberg, A., Die Behandlung der Syphilis 125.
— Die Behandlung des Lupus mittelst der Kochschen Methode 248.
— Symmetrische Gangrän und Syphilis 285.
— 6. 365.
Emoan, M., Über den Leistenhoden und seine sarkomatöse Entartung 301.
Engel-Reimers, J., Zur Kasuistik der Keratosen bei konstitutioneller Syphilis 547.
Englisch, Atrophie der Vorsteherdrüse 238.
— 260.
Eraud, J., Epididymitis blennorrhoica suppurativa 459.
Erb 392.
Erdl 469.
Erlenmeyer 386.
Eschricht 382.
Esteves, Favusbehandlung 481.
Eulenburg, A., Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sklerodermie 255.
— 382.
Evelt, E., Ein Fall von Polymastie beim Manne 257.

Fabricius, O. 480.
Fbry 6.
Faris, Unguentum citrinum 246.
Farlow 122.
Favre, P. 344. 403.
Fehleisen 238. 409.

Feibes, E., Über die lokale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affektionen der Mundhöhle 45.
Feinberg, Mina, Die Verbreitung von Pocken, Masern und Scharlach in der Schweiz während der zehn Jahre von 1878—1887 213.
Fejér, D., Zur Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre 381.
Feleki, H., Die Rolle des Compressor partis membranaceae gegenüber der Urethritis acuta anterior et posterior122.
— Urethritis membranacea desquamativa; Argyria urethrae 415.
Fellow 159.
Ferrari, O., Über mangelhafte Entwickelung der weiblichen Genitalien 383.
— 336.
Ferros, Beitrag zum Studium der Alopecie 528.
Feulard, H., Schankriformes Geschwür 416.
— 528.
Fiaux, L., Die Prostitution in Belgien 317.
Finger, E., Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen 124.
— 83. 98. 122. 163. 380. 535. 536. 537. 539.
Fischel, Übertragungsversuche mit Sarkom- und Krebsgewebe des Menschen auf Tiere 254.
Fischer 266.
Fischoff, R., Ein neues Vaccinationsverfahren 327.
Fiweisky, Weichselzopf 74.
Fleiner, Über Syphilis occulta 332.
— 101.
Fleischmann 365.
Flemming 36. 133. 219. 220. 222. 231. 271. 363. 397. 398. 399. 469.
Florian, Veraltete Krampfadergeschwüre heilbar auf hydropathischem Wege 47.
Flügge, A., Eine neue concentrierte Myrrhenlösung 475.
Förster, R., Ein weiterer Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsengebrauch 381.
Fornin 333.
Fort, J. A., Verfahren zur linearen Elektrolyse 258.
— Bemerkungen über die Instillation von Argentum nitricum 342.
Fort, Le 258. 259. 297.
Fosse, H. und Thiery, P., Die Anwendung des Karbol-Spray bei der Orchitis 483.
Fournier, A., Hystero-Syphilis 39.
— Hg.-Behandlung befördert keineswegs den Ausbruch der Tabes syphilitica 312.
— Die Vererbung der Syphilis 535.
— Ein Kapitel aus der Praxis 549.
Fournier, A., 38. 45. 66. 81. 83. 125 158. 168. 380. 416. 433. 459. 483. 527 532. 536. 537. 538. 539. 547. 550.
Foustanos, Jean, Antipyrin als Mittel gegen Erysipel 335.
Fox 269.
—, Colcott, 141. 169. 170. 172. 174. 177. 180. 181. 183. 184. 266. 376. 377. 478.
—, Tilbury, 169. 174. 176. 180. 181. 183. 184. 266. 417.
Fowler 156.
Fränkel 78. 357. 471.
—, E., Adenombildung in den acinösen Drüsen der Unterlippe 281.
Franc 492.
Frank 1. 2. 3. 5. 6. 11. 16. 551.
—, Louis, F. 303.
Fresenius 105.
Frey 217.
Frisch, Franz, Über Gonorrhoea rectalis 261.
—, von, 460. 478.
Fritsch 233.
Fürbringer 77. 245. 333.
Fürst, L., Der gegenwärtige Stand der animalen Vaccination 212.
Funk, Referat 285.

Gabet 398. 545.
Gärtner 472.
— und Römer, Über die Einwirkung von Tuberkulin und anderen Bakterienextrakten auf den Lymphstrom 372.
Gaillard 122. 205.
Gamberini, Lymphdrüsenentzündungen 284.
Garcia, R., Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen 242.
Garden, Abbildungen von Hautkrankheiten 126.
Garrod 158.
Gasparini 546.
Gastrou und Sevestre, Stomatitis impetiginosa 252.
Gaudin, Subkutane Einspritzungen von Europhen bei Syphilis 547.
— Hydrargyrum sozojodolicum bei Rupia syphilitica 547.
Gautier 511.
Gaviño 449. 516.
Geber 141.
Gebhard, C., Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reinkultur 386.
Geer, De, 480.
Gémy, Warzen am Skrotum 297.
Geppert 77.
Gerlach, Die Beziehungen zwischen Hautflecken und der Nervenerkrankung bei der Lepra anaesthetica 213.
— 105. 218. 232.

Gervais, H., Fall von Torsion des Samenstranges 481.
Gibert, De, 39. 83. 164. 197. 535.
Gieson, van, 137. 433.
Gilbert, H. W., Betrachtungen über das Europhen, 542.
Gillot 528.
Ginder 378.
Giovannini, Sébastien, Histologische Untersuchungen über die Alopecie 256.
Glan 43.
Glinka, S., 211.
Görl, Zur Histogenese der Sarkome 46.
Goldenberg H., Gallacetophenon, ein neues dermato-therapeutisches Medikament 324.
Goldmann, Über das Salophen 211.
— Über Rückbildungsvorgänge an tuberkulösen Riesenzellen 214.
Goldscheider, Mal perforant 298.
Goldschmidt, J., Die Lepra auf Madeira 82.
— Blasenstein 238.
—, W. M. B., 459.
Goldzieher, Demonstration von Ichthyosis 278.
Graetzer, E., Typen von Haut- und Geschlechtskrankheiten 83.
Gräupner, Elektrolyse und Katalyse 126.
Gram 156. 387. 399. 413. 436. 527.
Graucher, 3 Fälle von Gangrän bei Kindern 285.
Grawitz 6.
Greenhow 257.
Grigorasch, Fall von Diphtherie kompliziert mit Gesichtserysipel 295.
Gritti 282.
Grön, Kristian, Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie 120.
Gronoold, Christian, Lepra in Minnesota 44.
Gross 101.
—, R., Zur Kasuistik der Gonorrhoea 261.
Grosse, Ulrich, Über Keratohyalin und Eleidin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprozefs 367.
Gruby 105.
Grünfeld, Urethralschanker 411.
— 98. 163.
Güntz, J. Edm., Zur Abwehr der Prostitution und ihrer Folgen 105.
— Über den Nutzen des Aristols zur Behandlung venerischer Geschwüre 292.
— 332.
Guilielm 492.
Guinard, Untersuchungen über die Hautabsorption von Medikamenten, welche in fettigen Vehikeln suspendiert sind 324.
Gundelach, C., Über gesunde und kranke Cilien 284.
Gutmann, F., Über einen Fall von primärem Karzinom der Prostata 300.
Guttmann, P., Über das Salophen 211.
Guyon 259. 341.

Hahn, E., Über syphilitische Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparats von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen im Dünndarm 293.
— 215.
—, Ludwig, Ein Beitrag zum Kapitel der Jodoformdermatitis 326.
—, Fr., Referate 40. 41. 46. 77. 78. 79. 82. 83. 84. 87. 110. 119. 122. 124. 125. 126. 127. 156. 166. 168. 209. 211. 212. 213. 214. 215. 238. 242. 244. 246. 247. 248. 252. 253. 255. 257. 258. 259. 261. 282. 284. 286. 292. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 381. 386. 388. 469. 540. 541. 544. 550.
Hall, F. de Havilland, Erysipel des Pharynx und Larynx, 435.
Hallé, N. und Wassermann, M., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Harnröhrenstrikturen 384.
Hallopeau, Lupus exanthematicus in multiplen Herden 38.
— Lichen planus 312.
— Dermatitis pustulosa 415.
— Psoriasis 415.
— Lupus erythematosus 460.
— Spätes Erscheinen der Lepra 461.
— Polydactylitis suppurativa mit vereinzelten Schüben und Dystrophie der Nägel 463.
— Über Blasenbildung in den Narben variköser Geschwüre 464.
— 205. 267. 271. 272. 415. 460. 527.
— und Barié, Mycosis fungoides 527.
— Über eine nachhaltende Form der akuten Kokainvergiftung 550.
— und Jeanselme, Forme érythrodermique généralisée der Mykosis fungoides 312.
— und Larat, Über eine neue Varietät von Trophoneurose 374.
— und Watelet, Abgeschwächte Ichthyosis foetalis 459.
Halpern, Jacob, Über das Verhalten des Pigmentes in der Oberhaut des Menschen 162.
Hamburger 74.
Hammer, Fr., Über den Einfluss des Lichts auf die Haut 366.
— 189. 527.
Hammond, Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte 539.
Handford 185.

Hansemann, D., Karyokinese und Cellularpathologie 78.
— Über Zellteilung in der menschlichen Epidermis 469.
Hansen, Armauer, Lepra in Norwegen 287.
— Die Ätiologie der Lepra 544.
—44. 543.
Hardy 38. 116. 266. 319. 320. 528.
Hare, H. A., Ein Fall von Akromegalie 479.
Harlingen, van, 170. 184.
Hart 105.
Hartzell, M. B., Lymphangioma circumscriptum 338.
Haslund, Die Behandlung des Lupus mit Kochs Injektionen 112.
— Pemphigus vegetans 118.
— Bericht der dermato-syphilitischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, 1889 und 90. 167.
— 125.
Haughter, R. M., Zwei neue Fälle von Filaria sanguinis hominis 160.
Havas, A., Einen Fall von Favus 73.
Hay 114.
Hayem 206.
Hayes 169. 174. 184.
Hebb 376.
Hebra, F., 17. 19. 22. 35. 36. 42. 74. 116. 118. 141. 164. 165. 170. 194. 195. 200. 203. 207. 240. 282. 287. 297. 318. 365. 366. 411. 412. 437. 438. 439. 440. 442. 446. 467. 543.
Hebra, H. von, Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten 124.
— 164. 440. 442. 446. 542.
Heckel, Hans, Über Aristol 77.
Heidenhain 228. 372. 510.
Heinz 107. 455.
Heisler, Ignatz, Ein Fall sekundärer Syphilis trotz frühzeitig erfolgter Exzision der Sklerose 414.
— Referate 432.
Held, F. X., Beiträge zur Kasuistik der Transplantationen 284.
Helferich, Die Sectio alta in moderner Ausführung 302.
— Über die Behandlung schwerer Phlegmonen 478.
Heller, Julius, Weitere Beiträge zur Osmierung der normalen Haut 103.
*— Beiträge zur Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel und Ligamentum nuchae 217.
— Über die Bedeutung der Circumcision für die Anatomie der Haut der Glans penis 281.
— Untersuchungen über den Einfluſs der Circumcision auf der Haut der Glans penis 524.
— 38. 192. 448.
Hemenway, H. B., Pharyngo-Mykosis 435.
Henle 217. 218. 242.
Henoch 525.
Hercourt G. de 344.
Herforth, W., Die Geschwülste der Scheidenhäute, des Hodens und des Samenstranges, ihre Diagnose und Behandlung 383.
Hernandez 448.
Hertwich 223.
Hertwig, O., 217. 218. 223. 224. 225. 228. 229.
Herxheimer 54. 323.
Herzfeld, E., Über Behandlung der Akne 117.
Hess 204.
*Heuſs, Ernst, Die Reaktion des Schweiſses beim gesunden Menschen 343. 400. 501.
— Referate 208. 211. 323. 424.
Heycroft 541.
Hicks, E. H., Bemerkungen über Lepra mutilans in Südamerika 214.
Hillis, J. D., Über Acne indurata 118.
Hincke 163.
Hirsch 153.
Hochsinger, Pseudoparalysis syphilitica infantilis 410.
— 527.
Hock, August, Über chirurgische Anwendung des Thiophendijodid 325.
Höning, Fall von hämorrhagischem Exanthem nach Jodsalzen 326.
Hoffmann, L., Referate 38. 42. 46. 47. 79. 104. 107. 108. 116. 118. 119. 122. 123. 193. 210. 214. 243. 247. 251. 258. 281. 286. 293. 294. 295. 299. 302. 324. 325. 326. 340. 380. 381. 383. 386. 387. 434. 478. 479. 521. 546. 547.
— 102. 526.
Hoorn, van 2.
Horner 286.
Hottendorff, G., Zwei Fälle von primärem Medullar-Carcinom der Harnblase 300.
Hudelo, Pityriasis rubra pilaris 416.
— Pigmentsyphilis 460.
— 415.
Hugonnard, M., 403.
Humbert, Excision des Ulcus durum 73.
Humboldt 448.
Hunter 249.
*Hutchinson, Jonathan, Über Psorospermien und Hautkrankheiten 63.
— Wert des Arseniks als Heilmittel 373.
— 45. 69. 87. 109. 112. 169. 174. 176. 179. 180. 183. 184. 185. 190. 265. 270. 522. 544.
Huxley 242.
Hyde, J. N., Notiz über Pemphigus vegetans 159.
— 266. 267. 270.

Jackson, G. T., Dermatologische Beobachtungen 86.
Jacobi 440. 445. 446. 447.
Jacquet, Lichen planus 39. 416. 461.
— Behandlung des Lichen planus mit lauwarmen Duschen 312.
— Rhinosklerom 460.
— 172. 182. 184. 526. 527.
Jadassohn, J., Über die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose (nebst Bemerkungen über Pigmentverschleppung aus der Haut 164. 207. 365.
— 6. 204. 205. 552.
James, W. D., Moderne Dermatologie 87.
Jankau, Über Hermiatrophia facialis progressiva 298.
Janowsky, Victor, Endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhöe des Weibes 163.
— 383.
Jarisch, Über die Bildung des Pigmentes in den Oberhautzellen 362.
— 361. 362. 363.
Jastrowitz 38.
Jeanselme 527.
Jenner 286. 429.
Jessner, Referate 322. 338. 342. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 380. 381. 382. 383. 425. 426. 429. 469. 470. 472. 475. 478. 479. 481. 483. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 549. 552.
Jetter, P., Die rasche Dilatation der Harnröhrenstrikturen 259.
Jetz, v., 79.
Jolly, Morvansche Krankheit 298.
Jones, V., Salol bei Arthritis gonorrhoica 342.
Jordan, Erreger des Erysipelas 238.
Joseph, Max, Über Pseudoleukaemia cutis 119.
— Über Hypertrichosis auf pigmentierter Haut 382.
— 278. 280. 506. 507. 510.
Irsai, A., Gleichzeitiger Bestand von Syphilis und Tuberculosis des Kehlkopfes 73.
Isaac, Vitiligo 191.
— Über eine centrale Affektion bei einem einjährigen Kinde syphilitischer oder tuberkulöser Natur 524.
— 281. 526.
Israel 41. 215.
—, James, Über die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie 250.
—, O., Epithelioma folliculare cutis, ein Beitrag zur Geschwulstlehre 479.
Iturbide 449.
Jullien, Pediculosis der Augenwimpern 312.
— Phthiriasis palpebrarum 459.
— Tuberkulose, ausschliefslich des Kehlkopfes 460.
Jullien 416. 432. 433. 460.
Jungengel, M., Die Hauttransplantation nach Thiersch 166.
Iwanoff, Subkutane Injektionen mit den löslichen Produkten des Staphylococcus flavus und ihre Einwirkung auf das Unterhautzellgewebe 108.

Kalindero und Babes, Fall von idiopathischem multiplen Pigmentsarkom der Haut mit Beginn an den Extremitäten 283.
Kamocki, Farbenreaktionen der hyalinen Degeneration 156.
Kaposi, Lichen ruber mit diffusen Erythemen und pemphigusartigen Blasen 411.
— Lichen ruber planus 411.
— Substanzverlust an der rechten Seite der Oberlippe 412.
— Rhinosklerom des Pharynx 412.
— Urticaria bullosa dispersa 412.
— Pemphigus foliaceus der Mundschleimhaut 412.
— 87. 141. 143. 145. 164. 170 171. 184. 185. 193. 195. 196. 198. 203. 204. 281. 313. 318. 341. 343. 365. 410. 411. 412. 417. 438. 439. 443. 445. 462. 529. 530. 533.
Karalivanos 48.
Kassowitz 380. 525. 526.
Kaurin 287.
Key 504. 507.
Keyes, E. L., Radikalbehandlung von Strikturen durch Excision und Urethroplastik 160.
— 160. 205. 209.
Kiderlon 471.
Kieldal 334.
Klebs, E., Die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulocidin 424.
— 252. 446. 494.
Klein 111.
—, Richard, Ein aufserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des Juckreizes 210.
Kletzinsky 333.
Klotz, Hermann G., Dermatitis haemostatica 121.
Kobert 205. 210.
Koch 110. 111. 112. 127. 214. 248. 284. 425. 455. 460. 463.
Köbner, jr., Ein Fall von Purpura 104.
—, H., 2. 34. 35. 73. 169. 173. 174. 184.
Kölliker 217. 470.
König 281.
Körte 215.
Kohn, S., Über das Epidermin als Vehikel zur Aufnahme verschiedener Medikamente 542.

Kollmann 218.
Kolomensky 455.
Komich, Zur Behandlung der Fufsgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtinverbänden 381.
Kopp 365. 491. 492. 499.
Kracht, Psoriasis vulgaris 76.
— Wirkung des Dermatols bei Ulcus molle 455.
Kramer, W., Zur Behandlung des Lupus der Haut 331.
Kraske 332.
Krassnoglasow 455.
Krause, H., Ein Fall von Lupus der Nase und Schleimhäute nach fünfwöchentlicher Behandlung mit Kochschem Tuberkulin 214.
— 331. 508.
Krefting, Intraurethraler Schanker 112.
Kreider, G. N., Gummata des Biceps brachialis, der Niere und Epididymis mit Vortäuschung maligner Tumoren 292.
Kremer, W., Zwei seltene Fälle von Elephantiasis Arabum 295.
Kriloff 240.
Kroell, H., Über die mechanische Behandlung des Erysipels 434.
Kromayer, E., Die Protoplasmafaserung der Epithelzellen 323.
— Was ist Ekzem? 467.
— Beitrag zur Therapie der Sycosis 479.
— 183.
Kroug, E., Referate 43. 108. 110. 113. 114. 122.
Krukenberg 37. 478.
Kühne 138. 462.
Kühner, Die Haut in physiologischer, diätetischer, prophylaktischer und therapeutischer Beziehung 282.
Kulisch, G., Referat 84.
Kulneff 433.
Kummerfield 117.
Kuskoff 218. 229.
Kusmin 302.
Kussmaul 279.
Kutner, Über Photographie innerer Körperhöhlen, insbesondere der Harnblase und des Magens 388.
Kynsey 44.

Labarraque 297.
Lacorché und Talamon, Frühzeitiger Morbus Brightii nach Syphilis 250.
Lailler, M., 38. 344.
Lamprey, J. J., Ein merkwürdiger Fall von Dermatolysis der Kopfschwarte, verbunden mit Fibroma fungoides am Körper und an den Extremitäten bei einem Neger 252.
Lang, Komedonen an der Glans und an der Cutis penis 411.
— 105. 412.
Landau, Ikterus bei Karbolverband 247.
Langenbuch, Fibrosarkome der Haut 311.
Langhans 444.
Langlebert 333.
Lanz, Referate 76. 455.
— 99.
Larat und Hallopeau, Über eine neue Varietät von Trophoneurose, 374.
Lassar, Zwei geheilte Fälle von Alopecia areata 122.
— Elephantiasis durch lupöse Wucherungen 190.
— Zur Therapie der syphilitischen Primäraffekte 192.
— Verhaltungsmafsregeln für syphilitische Patienten 277.
— Über Pityriasis rosea 280.
— Die Prostitution in Paris 370.
— 103. 105. 117. 191. 192. 278. 279. 281. 425. 521. 522. 523. 526.
*Latteux, Bakteriologische Untersuchungen, die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyols betreffend 389.
Laudon, Einige Bemerkungen über die Prozessionsraupen und die Ätiologie der Urticaria endemica 247.
Launois 299. 300.
Laurent, A., Lepra 543.
Lavrand, H., Fall von Heilung eines rezidivirenden Erysipels 253.
Ledermann, Über Ösmierung der normalen Haut 36.
— Galoppierender Verlauf der Syphilis 521.
— Affektion der Handteller und Fufssohlen 522.
— 31. 103. 191. 512.
Lee, W. R., Scarlatina sine exanthemate 327.
Legrand, M. N., Lepra auf Neu-Kaledonien 431.
Legroux, Örtliche Asphyxie der Extremitäten 460.
Leichtenstern 257.
Leistikow 174. 184.
Leite, Souza, 87.
Leiter 163.
Leloir, Henri, Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung von skrophulo-tuberkulösen Produkten, sowie namentlich von Lupus vulgaris 546.
— Klinische, histologische und experimentelle Untersuchungen über Mischformen von Syphilis und Skrophulo-Tuberkulose der Haut 546.
— 24. 29. 36. 68. 284. 365. 431. 530. 531. 548.
Leon 448. 450. 451. 453.

Leredde, E., und Thibierge, Georges, Über einen Fall von Lichen planus bei einer Negerin 337.
Lesser, 171. 184. 185. 313. 364.
Leukart 64. 65.
*Leven, Ein Fall von Acne varioliformis (Hebra) 17.
— Zur Behandlung des nässenden Ekzems 116.
Levy, E., Über die Mikroorganismen der Eiterung, ihre Specificität, Virulenz, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung 78.
Lewin, G., Hauthörner 36.
— Syphilitische Erkrankung des kleinen Gehirns 102.
— Fall von cerebraler Ataxie 103.
— Angeschwollene Axillardrüsen nach einer Infektion der Finger 103.
— Über die willkürliche Erzeugung des Erythema exsudativum multiforme 104.
— Orchitis gummosa 279.
— Eine Peroneuslähmung nach intramuskulärer Einspritzung 279.
— Leukoderma 522.
— Basale Meningitis gummöser Natur 522.
— Über rituelle und therapeutisch indizierte Circumcision 523.
— 35. 38. 102. 103. 104. 277. 278. 523. 524. 526.
Lewschin, Geographische Verbreitung der Steinkrankheit 302.
Leydig 217.
Lezius 432.
Lichtheim 550.
Liebenow 340.
Lieberkühn 79. 261.
Liebrecht 455.
Liebreich 37. 81. 333.
Liégois 205.
*Lier, E., Brief aus Mexiko 447. 516.
Lindemann 65.
Lindner 215.
Linhart 163.
Linné 480.
Lisfranc 298.
Litthauer, Ein Fall von Akromegalie 254.
Littré 164. 481.
Löffler 252. 462.
—, L., Zur Kasuistik der Elephantiasis Arabum 295.
Löwe, Carl, Wie ist die Prostitutionsfrage aufzufassen, und wie hat sich der Arzt zu derselben zu stellen? 105.
Löwit 363.
Lollis 245.
Longet 344.
Loquerie, Clémenceau de la, Die Alopecia areata 47.
Lorenz, Taschenkalender für Ärzte 127.
Luchsinger 343. 344. 345. 350. 403. 407. 509.
Ludwig 333.
Luerken, J., Über totale Zerstörung der weiblichen Urethra und ihre Behandlung insbesondere durch plastische Operationen 383.
Luginbuhl 23.
Lukasiewicz, Wladimir, Über multiple Dermatomyome 204.
— 143. 144. 145. 185. 319. 462.
Luschka 481.
Lustgarten 66. 72. 162. 218. 219. 220. 436. 461.
*Lutz, Adolf, Brief aus Honolulu 30. 152. 275. 307.
— 121.
Lydston, G. F., Syphilis und deren Beziehung zur Heilung chirurgischer Läsionen 251.

Macallum 69.
Mackenzie, Stephen, 115.
Maillart und Audeoud, Ein Fall akuter Intoxikation durch Pilokarpin und Pyrogallussäure; Heilung 374.
Maisonneuve 258. 259.
Maklakoff 367.
Malassez 64. 65. 69. 71. 205. 422.
Malmsten 105.
Malvoz 471.
Mandelstamm, B., Zur Kasuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut 116.
Mangano, G., de Angelis, Drei Fälle von Ulcus venereum gangraenosum 336.
Mannaberg 436.
Mannino 336.
Manson 153. 154. 276.
Manssuroff, N. P., Klinische Sammlung für Dermatologie und Syphilidologie IV. 239.
— Referat 334.
— 36. 67. 332. 460. 552.
Mantegazza, Umb., Ueber die Resultate von Injektionen mit Kochscher Lymphe 284.
Marchand, Epidermisbildung auf der Schleimhaut der Harnwege 340.
Maréchal 332.
Marestang und Combemale, Entzündung der Nerven bei Lepra anaesthetica 213.
Marfan 427. 527.
Margoniner 279.
Marie, Pierre, 87. 295.
Marsch, Howard, 270.
Marlin, A., 383.
Martinotti 209. 226.
Marty, Bromausschlag 73.
Matterstock 77.
Matthieu, Vitiligo 73.

Maylard, A. E., Die antiseptische Behandlung von Verbrennungen 157.
Mazet, Harter Schanker im rechten oberen Augenlid 432.
Mégnin 104. 105.
Meinert 213.
—, Fr., Die Laus und ihre Mundteile 480.
Mendel 539.
Ménétrier und Troisier, Ulcus tuberculosum 311.
Menière 102.
Mercanti 546.
Merkle, F. J., Ein Fall von Carcinom der Clitoris 300.
Merklen 180.
Mertsching 363.
Mesnil, du, Über die sogenannte gonorrhoische Harnblasenentzündung 386.
— 104. 491. 494. 497. 499. 500.
Metschnikoff, Beiträge zur vergleichenden Pathologie der Entzündung 540.
— 474.
Mettenheimer, C., Der Jodoformschwamm in der Kinderpraxis 373.
Meusel 160.
Meyer, E. von, Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens 259.
—, Ludwig, 228.
—, W., 112. 482.
Massnitzky 455. 456.
Mibelli 2. 6. 170. 171. 176. 178. 180. 181. 182. 184.
Miethke 162.
Migneco, M., Das Europhen b. venerischen und syphilitischen Geschwüren 379.
Mikulicz 77.
Minicke 108.
Moleschott 366. 508.
Molodenkow 455.
Moreau, H., Über einen Fall von schwerem Scharlach 248.
Morel-Lavallée, Erythromelalgie, 73.
— Verlauf und Natur des Pseudo-Chancre de retour A. Fourniers 547.
— 459.
Morison, R. B., Spätformen der kongenitalen Syphilis 45.
— Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum formamidatum solutum 81.
Morris, Malcolm, 169. 173. 174. 176. 179. 203.
Morrow, P. A., Die Behandlung der Alopecia areata 120.
— Über eine neue Methode der Hauttransplantation 209.
— 66. 377.
Morvan 460.
Mosler, Über die sogenannte Acromegalie (Pachyacrie) 87.
Moukhtar, D., Trichophytiasis der Palma manus und Planta pedis 459.
Mracek, F., Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der Rudolf-Stiftung 167.
Muck'ren 491.
Müller 20. 53. 222. 255.
—, Georg, Die Krankheiten des Hundes und ihre Behandlung 540.
—, Julius, Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris 203.
—, H. Fr., Über Mitose an eosinophilen Zellen 39.
— 217.
—, C., Referate 39. 47. 83. 105. 110. 117. 126. 161. 167. 215. 244. 257. 262. 284. 285. 322. 324. 327. 335. 336. 337. 340. 370. 374. 379. 427. 429. 430. 476. 478. 479. 483. 551.
Münch 240.
Munro, W. B., und Swarts, G. T., Pemphigus foliaceus malignus; Ausgang 114.
Murray 480.
Mursen, Tuberkulose der Haut 75.
Muscatello, G., Über einen Fall von Eiterung hervorgerufen durch den Bacillus coli communis 371.
Mygind, H., Die hereditär-syphilitische Taubheit 112.

Neale, Varicellenrezidiv 327.
Neebe, Kartoffelkulturen 7 verschiedener Favuspilze 466.
— Referate 238. 361. 414. 468.
— 305.
Neelsen 69. 71.
Nékám, L., Das Präparat einer Myocarditis syphilitica 73.
Neisser, A., Über das Tumenol und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten 41.
— 116. 123. 164. 206. 333. 386. 479. 552.
—, E., Ein Fall von chronischem Rotz 550.
Nélaton 140. 380.
Nencki, von 79.
—, M., Über die labilen Eiweifsstoffe 210.
Nensky 38.
Neuhaus, Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, Wesen, Behandlung und Schutz vor denselben 125.
Neumann, J., Über Lichen ruber acuminatus, planus und Pityriasis pilaris 203.
— Fall von aphthöser Erkrankung der Vagina, kombiniert mit konsekutivem Erythema multiforme 341.
— Supernummerare Mamma 412.
— Ulcus tuberculosum labii oris 411.
— 104. 118. 141. 159. 202. 270. 312. 360. 365. 537.

Neusser, E., Klinisch-hämatologische Mitteilungen 541.
Nevin 266.
Newman, Elektrolyse bei Behandlung der Striktur 259.
Nickel, Paul, Über die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre 293.
Nikiforow 75.
Nikolski, D., Zur Behandlung des Erysipels 252.
— Zur Frage über die extragenitale Infektion mit Syphilis beim Rasieren 113.
Niquet, E., Ein Epithelialcarcinom nach Trauma 297.
Nitze, Max, Das Operationscystoskop 159.
— 163.
Nonne, W., Vier Fälle von Elephantiasis congenita hereditaria 295.
Northrup, Einige Fälle von nacheinander erfolgter Masern- und Scharlacherkrankung 247.
Noyes, F., 47. 169. 172. 176. 177. 179. 180. 181. 183. 184.
Nufsbaum, v. 259.

Oberländer, Chronische Prostatitis 300.
— 332.
Obrzut, Histogenese der kolloiden, amyloiden und hyalinen Degeneration 156.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Lepra und Leprakranke 44.
— Die Leprafrage 80.
— Lie Leprapanik 81.
— Ein Fall von Rhinophym-Operation 118.
— Rheumatismus und Gicht als ätiologische Momente beim Ekzem und die Behandlung dieser Leiden 158.
— Zur Behandlung des Pruritus ani 159.
— Einige Anhaltspunkte bei der Diagnose von Hautkrankheiten 168.
— Hundert verschiedene „Du mufst nicht" bei der Syphilis 216.
— Über den Wert des Mikroskops bei der Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten 216.
— Zur Behandlung syphilitischer Affektionen der Rachen- und Nasenhöhle 293.
— Referate 44. 45. 80. 81.
Öhren, A., Ichthyol bei wunden Brustwarzen 325.
Oliva, Über die antiseptische Wirkung des Euphorine 324.
O'Nell 69.
Ornstein, B., Silberfarbiges Haar 48.
— Über ausgedehnten behaarten Naevus 299.
Ortmann, G. D., Über Craurosis vulvae 383.
Ozenne, E., Über die durch die Gummata syphilitica am Orte ihres Sitzes verursachten Störungen 216.

Paget 63. 64. 65. 67. 68. 69. 70. 71. 197. 239. 534.
Pajor, Xerosis urethrae 415.
Park, Roswell, Elephantiasis Arabum am Beine; Unterbindung der Arteria femoralis; Heilung; später eintretende Phlebitis und Thrombosis; Septikaemie; Tod 336.
Partsch, Diabetische Gangrän 238.
Pascheles 255.
Paschkis, H., Über Tättowierung und deren Anwendung zur Deckung mangelhafter oder fehlender Hautpigmentation 543.
Paschutin 334.
Pasteur 461.
Pawloff, P., Über den Einfluſs der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung des Merkurs im Harne 332.
— 552.
Peiper, E., Vaccinations- und Revaccinationsergebnisse 110.
Pel, Therapeutischer Wert der Heidelbeeren 294.
Pellizzari, Celso, Über die Wirkung des Quecksilbers bei der Syphilis 215.
— Beibehaltung des Crispischen Reglements von 1888 über die Prostitution 244.
— 268. 269. 270. 271. 476.
Pentermann, H. T., Löslicher Schwefel 106.
Peroni 121.
Perrin, L., Über den Nutzen frühzeitiger Operation bei der Leukokeratose des Mundes und der Vulva 252.
— Posthitis chronica, wie Leucoplasia aussehend 483.
Pertik 73.
Peter, Über Impfsyphilis 522.
Peters, A. Über die sogenannte Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen 260.
Petersen 114. 192.
Petit, Émile, et Wassermann, Melville, Über die Antisepsis der Harnröhre 436.
Petrini, Pemphigusartiger Ausschlag nach Antipyrin 459.
— und Babes, Pityriasis rubra (Typus Hebra) 282.
— Alveoläres Melanosarkom der Haut 283.
Petrone 104.
Pfuhl 545.
Pictet 211.

Piffard, H. G., Weitere Verbesserungen in der Verwendung des Edison-Stromes im Sprechzimmer 87.
— Lupus 111.
— A practical treatise on diseases of the skin 424.
— 68. 118.
Philippi, Referate 43. 45. 72. 79. 82. 86. 87. 95. 97. 106. 107. 109. 111. 112. 113. 114. 115. 118. 120. 121. 122. 123. 145. 151. 157. 158. 159. 160. 161. 168. 210. 212. 214. 216. 245. 251. 254. 258. 260. 275. 292. 293. 324. 327. 331. 336. 338. 342. 373. 378. 379. 387. 427. 432. 434. 435. 480. 482. 483. 544.
Phillips, L., Ein Fall von Pemphigus traumaticus 42.
Philippson, A., Behandlung der chronischen Gonorrhoe 281. 302.
— Gestrichene Pflaster und Salben 281.
— 360.
—, Louis, Erythem. Lupus erythematosus disseminatus. Sklerodermia universalis. Mycosis fungoides 237.
— Pigmentanomalien 359.
— Über die Histologie der Mycosis fungoides 527.
— Zwei Fälle von Lupus vulgaris disseminatus im Anschluß an akute Exantheme 546.
— Referate 85. 127. 193. 212. 283. 287. 313. 372. 374. 417. 424. 473. 474. 477. 529.
— 184. 275. 506. 527. 528.
*Pollitzer, A. M., Hydradenitis destruens suppurativa 129.
— Urticaria bullosa 286.
— 69. 319. 462.
—, S., Excision des syphilitischen Primäraffekts 379.
Pontoppidan, E., Referate 112. 118. 120. 126. 167.
— 126.
Posner, C., Zur Würdigung des Le Fortschen Verfahrens bei der Strikturbehandlung 258.
Pospelow, Alex, Behandlung des Lupus vulgaris mit Kochschem Tuberkulin 455.
— Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 548.
— 74. 120. 170. 171. 184. 456.
Powell 377.
Power 111.
Powers, Über Dermatol, ein Ersatzmittel für Jodoform 244.
Pozzi 397.
Pregl, Fritz, Über eine neue Karbolmethylenblau-Methode 209.
Preindlsberger, J., Zur Kenntnis der Bakterien des Unternagelraumes und zur Desinfektion der Hände 77.
Pringle, J. G., Ein Fall von wahrscheinlich durch Arsenik bedingter Keratose der Handteller und Fußsohlen 109.
— 96. 97. 171. 180.
Profeta 472.
Proksch, J. K., 549.
Proust, Über die Pest 110.
Pyso 492.

Quénu, E., Über die Exstirpation syphilitischer Mastdarmstrikturen 332.
Quincke 1. 6. 11. 104. 308.
Quinquaud, Ch. E., Pemphigus foliaceus und allgemeine Papillomatose 458.
— 527.

Rabl, J., Bad Hall in Oberösterreich 83.
Rabl-Rückhard 217. 224. 229. 233.
Rake, B., Bericht über Lepra und das Lepra-Hospital auf Trinidad vom Jahre 1889 111.
Ranvier 494. 528.
Rathke 229.
Ravogli, A., Dermatitis nach dem Gebrauch von Resorcin 157.
Raymond, P., Notizen über die Syphilisbehandlung in Deutschland und Österreich 82.
— Addisonsche Krankheit 479.
— und Barbe, Dermatitis exfoliativa neonatorum 415.
Raynaud 285.
Rebuffat 431.
Recklinghausen 285. 542.
Réclus 298.
Reeker, H., Eine Nachlese zu Erdls und Waldeyers Untersuchungen über die Haare 469.
Reichel, G., Impfungen mit Stapyhlokokkenkulturen 238.
— Über Immunität gegen das Virus der Eiterkokken 371.
Reichenheim 525.
Reid, E. W., Experimente über Resorption ohne Osmose 323.
Reinke, F., Untersuchungen über die biologische Bedeutung der von Arnold beschriebenen Kernformen in den Zellen der Milz und ihr Verhältnis zur mitotischen und amitotischen Teilung 242.
Rekowski, L. von, Das Gallacetophenon als Ersatz des Pyrogallols 79.
— 324.
Remak 104.
Renault, Pigmentsyphilid 73.
— Über den Nutzen der Exzision des Schankers 432.
— 432. 433.

Renaut, M., 24. 344. 510.
Reschetnikoff 333.
Retzius 504. 507.
Reunert, Referate 40. 111. 254.
Reverdin 284. 297.
Rheines 541.
Ribbert, Über Einschlüsse im Epithel der Carcinome 119.
— 259. 342.
Richard 115.
Richaud 203.
Richet 140.
Ricord 83. 249. 266. 546.
Ridlon, John, Syphilitische Spondylitis bei Kindern 82.
Riedel, Die Exstirpation des Karbunkels 253.
Riehl 341. 531.
Rienecker 366.
Rindfleisch 22. 23. 56. 527.
Rittershain, Ritter von 415.
Rivolta 105.
Robbins, H. A., Syphilis auf nichtvenerischer Basis 432.
Roberts, J. B., Der Lufa (Loofah), eine aseptische Bürste 86.
—, Leslie, H., 6.
Robin, Q. 205. 344.
Robinson 203.
Röhler, R., Fall von Muskelsyphilis 379.
Römer und Gärtner, Über die Einwirkung von Tuberkulin und anderen Bakterienextrakten auf den Lymphstrom 372.
Rogner, V. von, Das Pental in der chirurgischen Praxis 168.
— Über Wundbehandlung mit Dermatol 246.
Rollet 125.
Roloff, F., Ein Fall von Morbus Addisonii mit Atrophie der Nebennieren 296.
Romeycke, R., Über traumatische Strikturen der männlichen Harnröhre 259.
Róna, S., Fall von extragenitaler Syphilisinfektion. Sklerose in der linken Hüftengegend 72.
— Diverticulum in der Pars bulbosa urethrae 72.
— Referate 73.
— 203. 414.
Rosenberg, Max, Die Bartflechte 294.
Rosenthal, O., Erythema exsudativum multiforme 35.
— Balanoposthitis 102.
— Fall von ausgedehntem syphilitischen Leukoderma 191.
— Über einige neuere dermatotherapeutische Heilmittel 192.
— Impfsyphilis 332.
— 34. 35. 38. 107. 191. 192. 279. 280. 524.
Rossander, Zur Behandlung der Kankroide mit Injectionen 381.
Rossi, Favus am Gesicht 120.
Roth, O., Über einen Fall von Sarkom, verbunden mit hämorrhagischer Diathese 46.
Roux 474.
Rovsing 436.
Ruiz 449. 452. 453. 454. 516.
Rupp, Ad., Syphilis des äußeren Ohres 112.
Russel 71.

Saalfeld, E., Über Thilanin (braunes geschwefeltes Lanolin) 42.
— 190. 192. 277. 279. 280. 521. 524.
Sabolotzky, Tuberkulöses Zungengeschwür 75.
— Tuberkulöse Geschwüre des Rachens und Kehlkopfes 455. 457.
Sabouzaud, R., Chemische Bakteriologie der Farcinose 461.
Sabrazès und Dubreuilh, Über Herpes circinatus favicus 464.
— Über zwei Fälle von Lichen planus miliaris acutus 478.
Sachs, Zur Behandlung des Erysipels 118.
*Sack, A., Zur Anatomie und Pathogenie des Lichen scrophulosorum 437.
Salinger 539.
Sanarelli, G., Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen in der Mundhöhle 483.
Sandoval 448. 449. 452. 453.
Sandretzky 121.
Savill, Th., Über eine dermatologische Epidemie 114.
Schanzenbach, W., Über die Teleangiektasien am Augenlide 296.
Schapringer, Ein weiterer Fall von Vaccineblepharitis 247.
Schede 475.
Scheiber, S. H., Eine rechtsseitige Neuralgia brachialis, kompliziert mit Herpes zoster 414.
Schein, Über das Wachsthum der Haut und Haare der Menschen 368.
Schiefferdecker 368.
Schiff, E., Einige Daten zur Hämatologie der an Lues hereditaria und Rachitis leidenden Säuglinge 432.
— Die Krankheiten des behaarten Kopfes 543.
— 410.
Schjödte 480.
Schlange, Lymphangiom 253.
Schleich, C. L., Die Wachspaste (Pasta cerata) 156.
— 253.
Schlene 455.
Schlesinger 205.

Schmidt 171. 172. 176. 177. 179. 180. 183. 184.
— Martin B., Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern der Haut 243.
Schneider 333.
Schönlein 7. 120. 540.
Schrötter 478.
Schubert, Ein Fall von latenter Syphilis mit folgendem Diabetes insipidus im kindlichen Alter 292.
*Schütz, Jos., Kurze Mitteilung über bequeme Tinktionen fixierter Präparate 397.
Schulz, M., Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik 127.
Schulze, Max, 217. 223. 228.
Schuster 380.
Schustler 468.
Schwalbe, Über die Hautfarbe des Menschen und der Säugetiere 369.
— 218. 234. 235.
Schwarz 298.
—, A., Bericht über Tuberkulinbehandlung Lepröser im Stadtkrankenhause zu Fellin 545.
*Schwengers, Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis 97.
Schwimmer 60. 83.
Secretan und Stilling, Ein Fall von Rhinosklerom 477.
Seedorf, E., Über einen Fall von Melanosarcoma carcinomatodes 296.
Seguin 157.
Sehlen, von, Operationstisch und Untersuchungsstuhl für dermatologische und urologische Zwecke 363.
— 20.
Seibel 42.
Seifert, Referate 46.
— 491.
Selenew, Herpes iris 43.
Semmola, Mariano, Über die physiologische Behandlung einiger Hautkrankheiten 543
Semper 480.
Sevestre 527.
— und Gastrou, Stomatitis impetiginosa 252.
Shattock 68.
Shepherd 76.
Sick, Ganze Kopf- und Stirnhaut abgerissen 237.
— Blasenstein 238.
Siebel, Europhen bei Verbrennungen 326.
— 192.
Sieber, N., 211.
Siegel, Die Mundseuche des Menschen (Stomatitis epidemica), deren Identität mit der Maul- und Klauenseuche der Haustiere und beider Krankheiten gemeinsamer Erreger 335.
Siegmund 548.
Simon, Gustav, 20. 57. 102. 240. 289.
—, R. M., Zur Verwendung des Pilokarpins in der Dermatologie 373.
Smet, Ed. de, 171. 173. 174. 176. 177 178. 179. 180. 182. 184.
— und Bock, P., Beitrag zum Studium des Lymphangioma circumscriptum (Angioma cysticum) 47.
Smirnoff 279.
Smith, H., Arsenik bei Syphilis 113.
— Ein Fall von Hypertrophie des Penis und Scrotum 122.
Smyth, S., Gicht des Penis 482.
Sobieranski, Über Hautresorption 208.
Socin 482.
Soerensen, L. T., Scharlach im Anschluſs an Hautläsionen 212.
Solger, B., Zur Kenntnis der Pigmentzellen 40.
Solomka, Traumatische Ablösung der Haut des Oberschenkels mit nachfolgendem Lymphergufs 109.
Sommerbrodt 372.
Sonnenburg, Lupus der Brust, Schulter, beider Backen, des Halses und des linken Arms 215.
Sormani, Iginio, Bemerkungen und Betrachtungen über 2 Fälle von Pemphigus 336.
Sorokin 239.
Souplet und Balzer, Chlorzink beim weichen Schanker und beim Bubo 482.
— 46 Samenuntersuchungen im Verlauf doppelseitiger Orchitis 528.
Spehl, Beitrag zum Studium der Variola haemorrhagica 429.
Speransky, Diagnose der Syphilis bei Ammen 455.
— 114. 455.
Sperino 249.
Spiegler, E., Das Thiophen und seine therapeutische Anwendung 325.
— Eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne 481.
Spillmann 416.
Spronck, Die Invasion des Klebs-Löfflerschen Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen 252.
Staub, H., Zur Kasuistik des atypischen Herpes zoster 363.
Steinhaus, J., Über abnorme Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe 78.
Stellwagen 527.
Stembo, L., Über Akromegalie und Akromikrie 338.
Stierlin, Über Dermatol 426.
Stilling und Secretan, Ein Fall von Rhinosklerom 477.
Strafsburger 231.
Strauſs, Referate 256. 386. 436.
— 344. 462.
Strelzoff, Behandlung des Favus 121

Strelzoff, Lepra 121.
Stricker 228. 229. 231.
Stumpf, Kasuistische Beiträge zur Verbreitung des Erysipelas 478.
Suchard, Über eine neue Behandlungsmethode der Adenitiden 378.
— 142. 143.
Sudakewitsch 218.
Sultan, Georg, Über Lymphangiome 337.
Swarts, G. T., und Munro, W. L., Pemphigus foliaceus malignus; Ausgang 114.
Syerius, Sterne van 492.
Symmers, W. St. Clair, Vorläufige Mitteilung über einen neuen Bacillus (B. viridans) bei Herpes labialis 115.
Sympson, E. M., Ein Fall von zufälliger Kuhpockenimpfung 212.
Szoldrski, von, Europhen bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten 77.

Taché, J. C., Lepra in Neu-Braunschweig 328.
Taenzer, P., Referate 48. 78. 105. 106. 117. 118. 120. 124. 127. 156. 160. 168. 208. 209. 213. 216. 244. 246. 247. 250. 252. 253. 258. 260. 261. 385. 286. 287. 292. 294. 295. 296. 298. 300. 301. 311. 324. 326. 327. 331. 332. 335. 336. 338. 339. 340. 341. 342. 371. 373. 374. 388. 428. 475. 480. 482.
— 21. 221. 222. 237. 321. 484. 494.
Tait, Ein Fall von Dermatitis exfoliativa recurrens 434.
Talamon und Lacorché, Frühzeitiger Morbus Brightii nach Syphilis 250.
Tanturri 73.
Tarnowsky 86.
Tauche, Perrin de la, Phthiriasis palpebrarum 416.
Taylor, R. W., Über einen Fall von Bromausschlag und über ringförmige, knotenförmige Syphilide 157.
— Die Ätiologie des weichen Schankers 158.
— Schanker der Genitalien beim Weibe 293.
— Die Abortivbehandlung der Syphilis. Warum wird durch frühzeitige Zerstörung oder Entfernung des Schankers der Ausbruch der Syphilis nicht verhindert? 432.
— 113. 137. 203. 269. 270. 379. 525.
Teichmann 338.
Tenneson, Pityriasis rosea 39.
— Mycosis fungoides 415.
Thénard 344.
Thibault 66.
Thibierge, G., Hämatangioma dermopapillare 39.
Thibierge, G., Lichen planus 39.
— Zwei Fälle von Melanodermie mit Pigmentation der Mundschleimhaut bei Phthiriatikern 257.
— Atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique 312.
— 171. 174. 176. 177. 179. 180. 182. 183. 184. 382. 415. 416. 460.
— und Leredde, E., Über einen Fall von Lichen planus bei einer Negerin 337.
Thiersch 166. 237. 284. 297. 468.
Thiéry, P., und Fosse, H., Die Anwendung des Karbol-Spray bei der Orchitis 483.
Thin 70. 111. 270.
Thör 84.
Thoma, Über das Verhalten der Gefäfswand bei der Auswanderung der weifsen Blutkörperchen 371.
— 206.
Thomas, Ursprung, Komplication und Behandlung des Scharlachs 213.
— Nervöse Störungen nach Scharlach 327.
Thompson 468.
Thwing, P., Lepra in Indien 44.
Thyson 523.
Tiemann 255.
Tittelbach, Pasta cerata 374.
Töpfer, Über die Relationen der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harne bei Karzinom 381.
*Török, Ludwig, Über die kapillären Lymphangiome der Haut und über die Beziehungen des Lymphangioma capillare varicosum zum Angiokeratoma (Haemangioma capillare varicosum keratoides) 169.
— 47. 68. 69. 174. 179. 180. 181. 183 184. 203. 320.
Tommasoli, P., Über eine neue Salbenspritze zur Behandlung der Urethritis anterior acuta et subacuta 161.
— Vorschlag zu einer neuen Einteilung der Hautkrankheiten 262.
— 68. 69. 320. 336. 533.
— und Vicini, Über das Kalium-Dithiokarbonat in der dermatologischen Therapie 427.
Toquart, Über den Prostatakrebs 341.
Tourton 343. 344. 345. 350. 403. 408. 510.
Touton 24. 120. 241.
Traube-Mengarini, Margherita, Versuche über die Durchlässigkeit der Haut 208.
Trendelenburg 468.
Tritschler, E., Über den Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre im kindlichen Alter 301.
Troisier, Lippenulceration 39.

Troisier und Ménétrier, Ulcus tuberculosum 311.
Trousseau 327. 541.
Trümpy 343. 344. 345. 403.
Tschernogubow, Cutis laxa 76.
— Seltene Lokalisation des Ulcus molle 457.
— 455. 456.
Tschernomordik, L. C., Plumbum causticum in der Behandlung spitzer Kondylome 339.
Türkheim, Referate 48. 73. 79. 81. 123. 216. 245. 248. 249. 250. 251. 252. 256. 285. 297. 312. 337. 416. 426. 428. 432. 433. 461. 465. 478. 482. 483. 529. 546. 547. 548. 549. 550.
Turnbull, B., Taubheit infolge von syphilitischer Infektion 379.

Ultzmann, Robert, Die Krankheiten der Harnblase 468.
— 98. 100. 160. 282.
*Unna, P. G., Drei Favusarten 1.
— Untersuchungstechnik der Hyphomyceten 243.
*— Flora dermatologica 303.
— Wie heilt ein Syphilid unter Quecksilbergebrauch? 360.
— Künstliche Ekzemflecke 413.
— Progressiver Haarausfall mit Schuppung 413.
— Bacillus des weichen Schankers 413.
— Unterschiede zwischen der Impetigopustel und dem Ekzembläschen 465.
*— Der Streptobacillus des weichen Schankers 485.
— 1. 20. 21. 23. 28. 29. 36. 41. 49. 52. 63. 105. 116. 117. 121. 125. 133. 147. 156. 158. 159. 185. 188. 189. 195. 200. 203. 209. 218. 219. 220. 221. 222. 237. 263. 275. 279. 294. 295. 314. 317. 318. 319. 320. 321. 343. 345. 350. 352. 357. 359. 360. 361. 365. 366. 368. 381. 400. 408. 417. 422. 426. 427. 434. 454. 466. 469. 484. 485. 490. 491. 494. 495. 501. 502. 504. 505. 506. 507. 512. 514. 532. 533. 546.
Uriel, von der 492.

Valassopoulo 430.
Vapelius, Innere Antisepsis 372.
Vauvray 431.
Veiel 188. 189. 366. 459.
Veillon, Pustulöser Ausschlag auf beiden Händen und Armen 416.
Velpeau 139. 140.
Verchère 416. 460.
Vergely, P., Über Herpes zoster bei Diabetes 287.
Verneuil, Über partielle Gangrän des Fufses nach subkutanen Antipyrin-Injektionen 246.
— 139. 140. 141. 142. 297. 462. 546.
Verujsky 6. 304.
Vicini und Tommasoli, Über das Kalium-Dithiokarbonat in der dermatologischen Therapie 427.
Vidal, Trichophytiasis der Planta pedis 460.
— 36. 68. 174. 280. 312. 415. 427. 460. 478. 527. 532. 533.
Vierordt 205.
Vigenaud und Boucherau, Beobachtungen von Simulation erysipel- und scharlachähnlicher Exantheme 247.
Vinay, Fissuren der Brustwarzen 247.
Vincent, 69. 71.
Virchow, Diabetiker mit Dilatation und Hypertrophie der Blase 300.
— 41. 87. 479. 546.
Voigt 382.
Voisin 268.
Voit 333.
Volkmann 239. 241. 312. 468.
Vulpian 344. 364.

Wagner 444.
Waldeyer 218. 231. 322. 469.
Waldstein, B., 137.
*Walker, N., Dermatitis tuberosa, eine durch die Darreichung von Jodkalium verursachte Hautaffektion 263.
Walsham 169. 174. 184.
Wassermann, M., Über die Mikroorganismen der normalen Harnröhre des Mannes 436.
— und Hallé, N., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Harnröhrenstrikturen 384.
— und Petit, Émile, Über die Antisepsis der Harnröhre 436.
Watelet und Hallopeau, Abgeschwächte Ichthyosis foetalis 459.
Watson, F. S., Entzündliche Verengerung der Uretheren 122.
Weed, C. R., Die Behandlung der Larynxtuberkulose mit Milchsäure 331.
Weigert, C., Koagulationsnekrose oder Nekrose mit Inspissation? 41.
— 21. 23. 24. 27. 28. 49. 52. 53. 56. 57. 62. 138. 156. 214. 323. 364. 413. 488. 495.
Weir-Mitchell 73.
Weismüller, Das Dermatol in der Praxis 107.
Welander, Eduard, Giebt es eine Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen? 206.
Welch 71.

Welch, E. A., Hautausschläge nach Chininum sulfuricum 79.
—, W. H., Bedingungen, welche der Wundinfektion zu Grunde liegen 244.
— Einige Betrachtungen über chirurgische Antisepsis 244.
Welcker 205.
Wermann, Über Alopecia areata 298.
Wernicke und Behring, Über Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei Diphtherie 474.
Wertheim, E., Reinzüchtung des Gonococcus mittelst des Plattenverfahrens 123.
— 157. 386.
Werther, Über Syphilis und Prostitution 40.
Westpfal 382.
White 66. 67. 72. 161.
Whitehead, Walter, 150.
Whitwell, J. R., Die Beteiligung des Nervensystems beim Myxödem 435.
Wick, Ludwig, Der gegenwärtige Stand der Tuberkulose-Therapie 545.
Wickersheimer, Kurze Anleitung zur Verwendung der Wickersheimerschen Flüssigkeit für Anatomie-Präparate 322.
Wickham, Louis, Dermatitis herpetiformis — Varietas pustulosa et vegetans 312.
— Referate 461. 526.
— 64. 69. 184. 415. 527.
Widmark 188. 189.
Wiederhold, Varikocele und Neurasthenie 260.
Wiesendanger 84. 85.
Wilbuszewicz 205.
Wildmark 367.
Willan 465.
*Williams, A. Winkelried, Cutis laxa 490.
— 3. 4. 5.
Willutzki, Eduard, Über ein primäres Sarkom des Urethers 341.
Wilson 39. 66. 141. 195. 316. 439.
Winckel 300.
Winckler, von, Über Ainhum 340.
Windle, J. D., Ein Fall von Purpura haemorrhagica 109.
Winternitz 294. 333.
—, R., Zur Lehre von der Hautresorption 40. 425.
Witz 333.
Witzenhausen, Beiträge zur Kasuistik des primären Urethralcarcinoms 300.
Wölfler 160.
Wolff, Max, Über Vererbung von Infektionskrankheiten 470.
Wright, J., Syphilis der Trachea nebst Bericht von 2 Fällen 215.
— Ein Fall von primärem Lupus des Pharynx 331.

Zacharias, O., 398.
Zambaco, Voyages chez les Lepreux 126. 430.
Zander 368.
Zeisler, J., Das Epilieren und dessen Wirkungsgebiet in dermatotherapeutischer Beziehung 157.
— Einige der gewöhnlichsten Irrtümer bei der Diagnose von Hautkrankheiten 387.
Ziemssen 85. 141.
Zilgien, Leberthran gegen Lupus 331.
Zippel, Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform 475.
Zoege-Manteuffel, Angiosklerotische Gangrän 282.

41C 160834